

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A criança maltratada e a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção

Susana Sofia de Oliveira Ferreira Rodrigues

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A criança maltratada e a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção

Susana Sofia de Oliveira Ferreira Rodrigues

Maria Manuela Barbosa de Soveral

2014



*A verdadeira viagem de descobrimento não
consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos.*

Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

À Professora Manuela Soveral, pela orientação, motivação, apoio e disponibilidade demonstrados ao longo de todo este percurso.

À minha Família, Pai, Mãe, Sara e Diogo, pelo apoio, paciência e compreensão infindáveis.

À mammy, amiga e colega Rosa, por ter sido o meu braço direito neste desafio e que nunca me deixou desistir quando a motivação faltou.

A todos aqueles que directa ou indirectamente ajudaram na realização deste projecto e que de alguma forma contribuíram para a sua viabilidade e desenvolvimento.

E por fim... a Deus, por me ter dado forças e iluminado o caminho, e por ter colocado na estrada da minha vida todos os que estão no meu coração...

Muito Obrigada!

RESUMO

O presente relatório surge na sequência de um projecto de estágio que se operacionalizou num percurso realizado ao longo de diferentes contextos de saúde, tendo em vista o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Seguindo uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, e tendo subjacente o modelo teórico de Betty Neuman, este relatório pretende descrever as actividades realizadas e as situações observadas e vivenciadas ao longo da experiência de estágio, que teve como linha orientadora a temática “A criança maltratada e a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção”.

A promoção dos direitos e a protecção das crianças e dos jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus tratos. O sector da saúde, seja ao nível dos cuidados de saúde primários, seja nos serviços especializados hospitalares, tem um protagonismo especial na detecção precoce dos maus tratos infantis, no seu tratamento e na sua prevenção. A violência contra as crianças é um grave problema de saúde que deve ser identificado e abordado por profissionais que actuam na área.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas competências científicas, técnicas e humanas para a concepção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança e à família. Concomitantemente, desenvolveram-se e promoveram-se conhecimentos e contributos junto das várias equipas de enfermagem para intervir aos três níveis de prevenção das crianças maltratadas.

A complexidade do fenómeno dos maus tratos infantis, aliada à inexistência ou incipiência de sistemas de registo, contribuem para a dificuldade em estabelecer a real dimensão do mesmo. Por outro lado, são inúmeros os constrangimentos de ordem social, ética e metodológica, para além de se tratar de um problema geralmente circunscrito à esfera privada, e como tal, de difícil diagnóstico. Para além disso, persistem ainda alguns valores sociais e culturais que toleram e aceitam formas de violência enquanto estratégias educativas. Existe ainda um longo caminho a percorrer, no entanto, acredita-se que com a realização deste trabalho, breves passos foram dados no sentido da promoção da prevenção primária, secundária e terciária dos maus tratos infantis, através de pequenos contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças maltratadas.

Palavras-Chave: Criança, Família, Enfermeiro Especialista, Maus Tratos, Prevenção

ABSTRACT

This report is in response to a stage project which operationalized in a course conducted over different health contexts in order to develop skills of Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics. Following a descriptive, analytical and reflective approach, and taking the underlying theoretical model of Betty Neuman, this report is intended to describe the activities and situations observed and experienced during the internship experience, as a guideline that had the theme “The abused child and the intervention of the nurse to the three levels of prevention”.

The promotion and protection of the rights of children and youth at risk has been putting new challenges in regard to the intervention of health services in the field of mistreatment. The health sector, either at the level of primary health care, or hospital specialist services, has a special role in the early detection of child abuse and its treatment and prevention. Violence against children is a serious health problem that must be identified and approached by professionals working in the area.

In the course of the internship scientific, technical and human skills were developed for the design, management, delivery and supervision of specialized nursing care to the child and family. Concomitantly, knowledge and contributions were developed and promoted with the various nursing teams for intervening at three levels of prevention of child abuse.

The complexity of the phenomenon of child maltreatment, coupled with the absence or incipency of registration systems, contribute to the difficulty in establishing the actual size of the problem. On the other hand, there are many constraints of social, ethical and methodological nature, in addition to dealing with a problem usually confined to the private sphere, and therefore difficult to diagnose. In addition, there are still some social and cultural values that tolerate and accept violence as a form of educational strategy. There is still a long way to go, however, it is believed that with this work, small steps were taken towards the promotion of primary, secondary and tertiary prevention of child abuse, through small contributions to improving the quality of care for maltreated children.

Keywords: Child, Family, Specialist Nurse, Maltreatment, Prevention

LISTA DE SIGLAS

CEP – Consulta Externa de Pediatria

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPCJR – Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EACH – *European Association for Children in Hospital*

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ELI – Equipa Local de Intervenção

FLACC – *Face, Leg, Activity, Cry, Consolability*

HDP – Hospital de Dia Pediátrico

IAC – Instituto de Apoio à criança

M-CHAT – *Modified Checklist for Autism in Toddlers*

N(H)ACJR – Núcleo (Hospitalar) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEA – Perturbações no Espectro do Autismo

RN – Recém-Nascido

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SINUS – Sistema de INformação para Unidades de Saúde

SNIP – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

UCINT – Unidade de Cuidados INTermédios

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	13
1. EXPERIÊNCIAS VIVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	16
1.1. Consulta Externa de Pediatria	16
1.2. Centro de Neurodesenvolvimento	21
1.3. Unidade de Saúde Familiar	25
1.4. Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido	35
1.5. Internamento de Pediatria	41
1.6. Serviço de Urgência Pediátrica	48
1.7. Núcleo (Hospitalar) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	54
2. SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	57
3. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	71
Apêndice I – Cronograma do Estágio	
Apêndice II – Objectivos Específicos nos Diferentes Locais de Estágio	
Apêndice III – Guiões de Entrevistas	
Apêndice IV – Caracterização dos Locais de Estágio	
Apêndice V – Procedimento de Enfermagem: Aplicação da Escala M-CHAT na Consulta Externa de Pediatria	
Apêndice VI – Instrumentos da Sessão de Formação na Consulta Externa de Pediatria	
Apêndice VII – Ficha de Avaliação na Primeira Consulta de Enfermagem	
Apêndice VIII – Instrumentos para a Sessão de Formação na Unidade de Saúde Familiar	
Apêndice IX – Proposta de Instrumento para Avaliação de Competências Parentais na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido	
Apêndice X – Proposta de Sessão de Formação na Unidade de Cuidados	

Especiais ao Recém-Nascido.

Apêndice XI – Proposta de Instrumento para Relatório de Enfermagem

Apêndice XII – Orientação Técnica: “Avaliação e Prestação de Cuidados no Serviço de Urgência Pediátrica a Vítimas de Abuso Físico e/ou Sexual”

Apêndice XIII – Instrumentos da Sessão de Formação no Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice XIV – Instrumentos da Sessão de Formação “Protecção de Menores, Adultos Vulneráveis e de Alto Risco”

Apêndice XV – Programa do “11º Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses”

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no Plano de Estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio, com o objectivo de descrever e reflectir sobre as actividades realizadas e as competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do percurso formativo do 3º semestre. Partindo do projecto de estágio elaborado no 2º semestre no âmbito da Unidade Curricular Opção II, este percurso teve como temática “A criança maltratada e a intervenção do enfermeiro aos três níveis de prevenção”. Esta escolha surgiu após um período de reflexão e foi feita em função de uma necessidade identificada no Hospital onde presto funções.

Os maus tratos em crianças e jovens são actualmente considerados um problema de saúde pública relevante pelo que têm vindo a merecer, nas últimas décadas, uma maior atenção por parte da sociedade e, em especial, das entidades com competência em matéria de vigilância na infância e juventude (Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro). Na opinião de Azevedo e Maia (2006, p.23), esta problemática “exige uma abordagem interdisciplinar, sistemática e global, quer no domínio do estudo do fenómeno, quer nas acções para o prevenir ou nas respostas aos casos que não foram possíveis evitar”.

De acordo com o Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens - 2012, desde 2006 tem-se registado um aumento do número de processos acompanhados pelas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), sendo que no ano de 2012 foram acompanhados 69 007 processos. Quanto à distribuição nacional destes processos, os distritos de Lisboa (23,9%), Porto (17,3%) e Setúbal (8,2%) são os mais representativos. As situações de perigo sinalizadas às CPCJ incidem, maioritariamente, em cinco problemáticas: negligência (30%); exposição a modelos de comportamento que possam comprometer a saúde, segurança, bem-estar e desenvolvimento da criança (23%); situações de perigo em que esteja em causa o Direito à Educação (15%); o mau trato físico (6,3%) e o mau trato psicológico ou indiferença (5,3%). O abuso sexual representou 2,2% das situações detectadas.

Segundo o Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro (p. 49208), “os profissionais de saúde, por inerência das funções que desempenham, têm responsabilidade particular na detecção precoce de factores de risco, de sinais de alarme

e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo (...). Na perspectiva da Ordem dos Enfermeiros (OE), “o enfermeiro, enquanto profissional de saúde no geral e como profissional do cuidado humano em particular, assume um papel essencial na defesa dos direitos da criança” (2007, p. 2). O Código Deontológico do Enfermeiro acrescenta, nos termos da alínea b) do artigo 81º, que o enfermeiro, no seu exercício, tem o dever de “salvaguardar os direitos das crianças protegendo-as de qualquer forma de abuso” (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Relativamente ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), conforme o Anexo I do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro, compete-lhe diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem, nomeadamente comportamentos de risco, maus tratos, negligência, suicídio, violência e gravidez.

Como referido no n.º 4 do artigo 2º do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, o enfermeiro especialista “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”.

Assim, e tendo em conta a problemática mencionada, defini como objectivos gerais para este estágio: a) prestar cuidados especializados de grande complexidade e com elevado grau de qualidade aos vários níveis (científico, técnico e humano) à criança e sua família no âmbito das funções atribuídas ao EESIP, nos diferentes locais de estágio; b) iniciar um Programa de Intervenção em Enfermagem para detecção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos.

De acordo com o n.º 3 do artigo 7.º do Estatuto da OE, promulgado Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, “o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”. Por conseguinte, o primeiro objectivo está essencialmente relacionado com a aquisição e/ou desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e com o processo de aprendizagem a construir durante a experiência de estágio, enquanto o segundo está relacionado com a temática específica do projecto a que me propus desenvolver.

Phaneuf (2005) define competência como um conjunto integrado de habilidades cognitivas, psicomotoras e de comportamento sócio-afectivo que permite exercer um papel, uma função, uma tarefa ou uma actividade. Para a mesma autora, na formação dos

enfermeiros ou no seu trabalho quotidiano, a aquisição da competência é um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo a enriquecer.

Os critérios subjacentes à selecção dos diferentes locais de estágio relacionaram-se com as especificidades do projecto delineado e com o potencial para proporcionarem experiências relacionadas com o tema escolhido, em consonância com as orientações emanadas pela OE. Assim, a escolha dos locais de estágio dentro do Hospital onde exerço funções teve em conta a necessidade que levou a explorar a temática escolhida, pretendendo-se desta forma otimizar todos os contextos para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças maltratadas nesta unidade hospitalar. Também a Unidade de Saúde Familiar (USF) escolhida teve como critério o facto de ser da área de abrangência do Hospital, e que por isso se articulam entre si. O cronograma do estágio encontra-se no Apêndice I.

Recorrendo a uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, e tendo como base o modelo teórico de Betty Neuman, este relatório de estágio pretende demonstrar e reflectir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento académico decorrido ao longo do 3º semestre realizado nos vários locais de estágio, as experiências vivenciadas, as actividades desenvolvidas e as competências de enfermeiro especialista adquiridas e/ou desenvolvidas; reflectir sobre temáticas pertinentes na área de actuação do EESIP e avaliar globalmente o percurso efectuado.

Quanto à estrutura, este relatório encontra-se dividido em quatro partes fundamentais. No primeiro capítulo pretende-se fazer uma sinopse das experiências vividas em contexto de estágio, com descrição das competências inerentes ao enfermeiro especialista que foram adquiridas e/ou desenvolvidas em cada um dos locais de estágio. No segundo capítulo faz-se uma breve síntese das competências de enfermeiro especialista adquiridas/desenvolvidas. O terceiro capítulo pretende descrever o Programa de Intervenção em Enfermagem que foi proposto, bem como as actividades desenvolvidas neste âmbito. No último capítulo tecem-se algumas considerações finais nas quais se incluem limitações/dificuldades sentidas ao longo deste percurso e de que forma promoveram o meu crescimento pessoal e profissional, algumas sugestões que poderão conduzir a investigações futuras nesta área e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança maltratada e ainda alguns projectos para o futuro. Em apêndices encontram-se os trabalhos e documentos produzidos ao longo da experiência de estágio, enumerados à medida que são descritos ao longo do relatório.

1. EXPERIÊNCIAS VIVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo pretende ilustrar a aquisição de competências comuns e específicas do EESIP através do desenvolvimento de actividades e consequente concretização dos objectivos específicos traçados para cada um dos locais de estágio (Apêndice II).

1.1. Consulta Externa de Pediatria

Para o estágio na Consulta Externa de Pediatria (CEP) foram definidos quatro objectivos. O primeiro objectivo pretendeu **conhecer a sua estrutura física, organização e dinâmica funcional, assim como os processos de trabalho**. Para a sua concretização foram importantes as actividades realizadas, nomeadamente: a visita ao serviço na companhia da Enfermeira Orientadora; a entrevista semi-estruturada realizada à mesma (cujo guião se encontra no Apêndice III); a consulta de procedimentos e normas institucionais; o contacto com a equipa multidisciplinar e a exploração livre do serviço. A caracterização da CEP encontra-se no Apêndice IV.

O segundo objectivo que delineei foi **desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família**.

A actividade assistencial de enfermagem neste serviço passa por 3 vertentes: a consulta de enfermagem, a sala de tratamentos e o Hospital de Dia Pediátrico (HDP). Segundo Gomes e Nunes (2006), a consulta de enfermagem é uma das actividades que deve ser desenvolvida pelo enfermeiro tanto ao nível dos cuidados primários, como secundários e terciários. As mesmas autoras, citando Vanzin e Nery (1996), acrescentam que a consulta de enfermagem possibilita ao enfermeiro conhecer melhor o cliente e, consequentemente, procurar com outros profissionais da equipa multidisciplinar maior resolução para os problemas identificados. Para Silva, Bretas e Ribeiro (1996), citados por Gomes e Nunes (2006), esta actividade assume especial importância pois permite identificar problemas de saúde/doença, sendo prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuem para promoção, protecção, recuperação ou reabilitação da criança, reflectindo-se assim na melhoria da qualidade de vida. A OE (2010, p. 69) reforça que, “no que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na

educação e aconselhamento dos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem (...).”

Na CEP todas as crianças passam pela consulta de enfermagem antes da consulta médica. Nesta consulta, as enfermeiras fazem uma avaliação geral que engloba a avaliação de parâmetros antropométricos, sinais vitais, história de antecedentes pessoais e familiares, avaliação das actividades de vida diárias e avaliação do desenvolvimento com base na escala de Mary Sheridan. Para além disso, o momento da consulta é aproveitado para a realização de ensinamentos adequados a cada situação específica, assumindo as enfermeiras um papel importante de educadoras e promotoras da saúde.

Durante o estágio tive a oportunidade de participar de forma activa nas consultas de enfermagem, nomeadamente nas actividades que dizem respeito à avaliação da criança e sua família, descritas anteriormente. Para além disso, desenvolvi actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, através da realização de ensinamentos sobre variadas áreas, consoante as necessidades identificadas e a faixa etária da criança/adolescente, como por exemplo, alimentação e estilos de vida saudáveis, hábitos de higiene, prevenção de acidentes, papel parental, entre outros. Desta forma, o estágio neste serviço permitiu-me o desenvolvimento de parte da Unidade de Competência *E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem*, descrita pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro, no sentido em que proporcionei conhecimento às crianças/adolescentes e famílias sobre a gestão dos processos específicos de saúde/doença, negocie a sua participação no processo de cuidar tendo em vista a sua independência e procurei estratégias motivadoras para a assunção dos seus papéis em saúde.

Na CEP existe a consulta de obesidade infantil, que é realizada por pediatras. Os casos de obesidade são referenciados quer pelo médico de família, quer por sinalização dos serviços do Departamento de Pediatria do Hospital. Esta consulta funciona em articulação com outras duas consultas, a de Nutrição e a de Psicologia. Muitos dos clientes são adolescentes que, para além de precisarem de apoio para tratarem a doença, necessitam de ajuda para conseguir resolver as suas dificuldades de relação com os outros e para interiorizar a importância de fazer dieta e exercício físico.

De acordo com a OE (2010), no que respeita à morbi-mortalidade nos adolescentes em Portugal, a situação actual é preocupante em relação a problemas de saúde

resultantes de comportamentos de risco, entre os quais os desequilíbrios alimentares. A OE (2010, p.18) acrescenta que,

“a especificidade das necessidades e dos problemas de saúde dos adolescentes e dos jovens resulta, não tanto de patologia do foro médico, mas, sobretudo, das repercussões possíveis de alguns padrões de conduta, da ocorrência de determinados eventos e do mal-estar psico-afectivo, relacional e ambiental que podem interagir com o crescimento e o desenvolvimento.”

Com efeito, durante a consulta de enfermagem realizada a adolescentes com obesidade constatei que, na globalidade, apresentavam sentimentos conflituosos em relação ao seu corpo. Alguns deles manifestaram mesmo que sentiam receio e vergonha de se olharem no espelho. Além disso, verifiquei que todos eles vivenciaram pelo menos uma experiência estigmatizante na escola, o que acabava por se reflectir no modo como se relacionam com os outros.

A experiência com estes adolescentes foi um grande contributo para a minha aquisição de competências como futura EESIP. A faixa etária da adolescência sempre foi aquela em que me senti menos à vontade e com maiores dificuldades em estabelecer uma relação empática. Penso que esta dificuldade advinha do facto de ter criado um estereótipo sobre os adolescentes, considerando-os como difíceis. Quando, durante a consulta de enfermagem, me vi confrontada com estes adolescentes, dei por mim a pensar de outra forma e mesmo a ter uma atitude de maior empatia e compreensão. Estes momentos foram muito importantes para perceber que os adolescentes têm necessidades diferentes das crianças de outras faixas etárias e que esta é uma etapa da vida que apresenta intensas transformações no processo de crescimento e desenvolvimento físico, moral e social, na qual precisam de ser bastante apoiados.

Durante o meu contacto com os adolescentes aproveitei para reforçar a imagem corporal positiva e para promover estilos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, prevenção de consumo de substâncias). Segundo a OE (2010), nas intervenções de enfermagem, no âmbito do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis assume um lugar de destaque. Assim, este estágio permitiu-me o desenvolvimento da Unidade de Competência *E3.4 – Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde*, descrita pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro.

Como foi referido, a avaliação do desenvolvimento infantil é uma das actividades essenciais na consulta de enfermagem. Parafraseando a OE (2010, p.72),

“para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Por conseguinte, todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento. Desse modo, poderão receber tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos para a criança/família e os custos na saúde, favorecendo a sua qualidade de vida.”

Tal como já foi descrito, na CEP os enfermeiros fazem a avaliação do desenvolvimento das crianças utilizando a escala de Mary Sheridan. Para além da aplicação desta escala, o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) propõe o rastreio das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), através da aplicação de um questionário – o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT). Este deve ser aplicado em crianças dos 16 aos 30 meses.

Segundo Oliveira (2009a, p. 688), o autismo refere-se a uma “perturbação neurológica que, clinicamente se manifesta por atraso ou desvio nas aquisições do neurodesenvolvimento e por alterações do comportamento que, na grande maioria dos casos, são evidentes antes dos dois anos de idade”. A vigilância e o rastreio nas consultas de rotina, dirigidos especificamente para a detecção precoce de população de risco para problemas de neurodesenvolvimento, nomeadamente as PEA, têm sido fortemente recomendadas (Oliveira, 2009b).

Assim, tendo como finalidade orientar os casos suspeitos para avaliação especializada multidisciplinar no Centro de Neurodesenvolvimento, e de forma a estabelecer um protocolo de articulação entre a CEP e o Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital, questionei a Enfermeira Responsável e a Médica Coordenadora do Centro de Neurodesenvolvimento, para perceber qual a pertinência e abertura para a realização deste projecto. Após o interesse e o parecer positivo manifestado pelas duas partes elaborei em conjunto com a Enfermeira Responsável um procedimento de enfermagem, que se encontra no Apêndice V.

A realização deste procedimento obrigou a uma pesquisa aprofundada sobre esta alteração do neurodesenvolvimento, o que me permitiu a aquisição de maiores conhecimentos nesta área. Esta actividade possibilitou-me o desenvolvimento da Unidade de Competência *E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil*, definida no Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro, da Competência B1 – *Desempenha um*

papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e da Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ambas descritas no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro.

Por outro lado, tendo em conta o meu projecto de estágio, a realização desta actividade foi importante para concretizar o terceiro objectivo traçado - **compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na CEP.**

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2011a), entre os vários factores de risco de maus tratos estão incluídos a existência na criança de défice psíquico ou físico, doença crónica ou perturbações de desenvolvimento e problemas de comportamento. De salientar que “os factores de risco de maus tratos são quaisquer influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de tais situações” (Magalhães, 2005, p.45). Contudo, ressalve-se que os factores de risco, por si só, não provam a existência de maus tratos, mas apenas indicam a probabilidade do seu aparecimento (DGS, 2011a).

Seguindo esta lógica, considero que o despiste e encaminhamento de crianças com possível PEA se trata de uma importante actuação ao nível da prevenção primária, no sentido em que, após a concretização do diagnóstico, permite desenvolver um leque importante de intervenções preventivas junto da criança e família, com a finalidade de apoiar o desempenho do papel parental. Estas intervenções podem passar por apoiar os pais nos cuidados específicos a estas crianças, reforçar as competências que revelam, programar visitas ao domicílio, estabelecer redes de apoio sociais, aumentar as observações de vigilância periódicas e facilitar a articulação entre vários profissionais (assistente sociais, psicólogos, técnicos de educação,...).

Na CEP existe uma consulta específica para as situações de suspeita/confirmação de maus tratos. Esta é feita por uma pediatra do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) do Hospital e tem como objectivo fazer o *follow-up* das situações identificadas em qualquer dos serviços do Departamento de Pediatria da instituição. Nesta consulta, a pediatra faz o seguimento das situações e, caso seja necessário, articula com outras especialidades do Hospital (tais como psicologia, pedopsiquiatria e serviço social) ou com os recursos da comunidade. Esta trata-se de uma intervenção de nível secundário. O papel das enfermeiras na CEP passa, à semelhança das outras crianças, pela realização da consulta de enfermagem, o que

contribui para um trabalho de equipa com a pediatra na troca de impressões clínicas. Com efeito, durante a consulta de enfermagem, as enfermeiras devem estar atentas a sinais e sintomas de maus tratos. A avaliação física e do desenvolvimento, bem como a história de antecedentes familiares que é realizada, podem dar importantes indícios de maus tratos. Neste sentido, pareceu-me importante realizar uma sessão de formação tendo como finalidade alertar a equipa de enfermagem para esta problemática.

O quarto objectivo do estágio na CEP pretendeu então **contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos**. Para a realização desta actividade questioneei a Enfermeira Orientadora para perceber as necessidades formativas da equipa de enfermagem relativamente a esta temática. A partir daí elaborei um plano de formação (Apêndice VI) que, após ter sido aprovado pela Enfermeira Orientadora e pela Enfermeira Responsável, serviu como guia para a realização da sessão de formação (Apêndice VI). A sessão teve 100% de participação da equipa de enfermagem (total de 5 enfermeiras) que a avaliou através de um questionário (Apêndice VI). Esta actividade contribuiu para o meu desenvolvimento da Competência Comum de Enfermeiro Especialista D2 – *Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*, descrita no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro.

1.2. Centro de Neurodesenvolvimento

Durante o meu percurso de estágio tive oportunidade de passar durante três dias no Centro de Neurodesenvolvimento. O primeiro objectivo que tracei foi **conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional, assim como os processos de trabalho deste serviço**. Para a concretização deste objectivo programei um conjunto de actividades, descritas no Apêndice II, que passaram pela apresentação à coordenadora do Centro de Neurodesenvolvimento; a visita ao serviço na sua companhia; a realização de uma entrevista semi-estruturada à mesma (Apêndice III); a observação das consultas; a interacção com a equipa multidisciplinar e a consulta de procedimentos e normas institucionais. No Apêndice IV encontra-se a caracterização deste serviço.

Da equipa multidisciplinar deste Centro de Neurodesenvolvimento não faz parte qualquer enfermeiro. Quando questionada a coordenadora do porquê desta situação, a mesma explicou que, face à gestão dos custos com os recursos humanos, foi sua opção

dispensar estes profissionais e ter na sua equipa outros que para os objectivos e actividades do centro considera serem mais imprescindíveis, nomeadamente a Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, a Psicóloga Educacional e a Terapeuta da Fala.

Esta situação fez-me reflectir sobre a substituição do enfermeiro por outros profissionais, e se esta situação não acontecerá em parte por culpa da própria classe de enfermagem. Não serão os próprios enfermeiros a descurem o seu próprio papel? Não serão os próprios enfermeiros que estão a deixar escapar o que é da sua competência para outras profissões? Estarão os enfermeiros tão enraizados às suas competências técnicas e aos saberes biomédicos que deixam a pouco e pouco escapar para outros o que é também da sua competência?

Segundo a OE (2010), devido às especificidades inerentes a uma criança com deficiência, e por toda a componente psicológica que as mesmas acarretam, é exigido aos enfermeiros um conjunto de cuidados holísticos de forma a poderem ajudar estas crianças e famílias a viverem da forma mais positiva possível com essa condição. Os enfermeiros têm um papel fundamental enquanto facilitadores de informação, bem como catalisadores de mudanças e desenvolvimento de estratégias internas. A OE (2010) reforça ainda que o enfermeiro assume um papel importante de apoio às famílias para que adquiram uma postura proactiva perante a situação de doença/deficiência, ajudando-as a derrubar as próprias barreiras internas que muitas vezes se erguem perante as limitações.

A área de actuação dos cuidados de enfermagem inclui a promoção na criança, no jovem e família, de um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde, numa perspectiva de ajuda, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções pertinentes. Esta intervenção visa ajudá-los a ultrapassar a crise, a viver com as alterações decorrentes do diagnóstico e da terapêutica instituída, e a alcançar a autonomia possível no seu auto cuidado. Por outro lado, tratando-se as perturbações do neurodesenvolvimento de patologias crónicas, nesta área os enfermeiros podem fazer a diferença ao procurarem compreender o problema da doença crónica na criança/família e o desafio que este representa, planeando intervenções que ajudem a criança e a família na gestão da sua situação de saúde e que promovam a continuidade de cuidados, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde e da qualidade de vida destas famílias.

Tendo em conta as competências do EESIP, descritas no Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro, nomeadamente nas alíneas E3.1 – *Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil* e E1.1.9 – *Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais*, penso que é indiscutível o contributo de um EESIP nesta consulta, nomeadamente no despiste precoce de alterações do bem-estar infantil e família, na promoção de ensinamentos aos pais de forma mais fundamentada e orientada de acordo com as necessidades manifestadas, e na facilitação da integração destas crianças e família na comunidade. De realçar que, do corpo docente do Ciclo de Estudos Especiais de Pediatria do Neurodesenvolvimento (Aviso n.º 10530/2011 de 11 de Maio) fazem parte duas enfermeiras, o que vem comprovar a competência deste grupo profissional nesta área específica da saúde.

Esta experiência no Centro de Neurodesenvolvimento tornou-se num importante contributo para a minha reflexão acerca da importância do papel do enfermeiro nesta área de cuidados.

O segundo objectivo que tracei para este estágio foi **aprofundar conhecimentos sobre as perturbações do neurodesenvolvimento**. Segundo Oliveira *et al.* (2012, p.1), “as perturbações do neurodesenvolvimento são das patologias crónicas mais frequentes da infância e com tendência a aumentar nas sociedades modernas”. Na maioria dos casos têm um percurso crónico e com limitação da aprendizagem necessária para a integração na sociedade de um modo autónomo (*ibid.*). Estas patologias são um grupo heterogéneo de entidades médicas que têm por base anomalias neurológicas ou sensoriais de carácter permanente. A maioria é de origem genética e manifesta-se desde os primeiros anos de vida por atraso ou desvio nas aquisições do desenvolvimento e por alterações do comportamento (*ibid.*).

Durante os três dias que estive no Centro de Neurodesenvolvimento obtive um leque de conhecimentos e experiências marcantes com cada família e criança que contactei. Tal como está descrito na literatura, constatei que os problemas que estas crianças apresentam são habitualmente muito complexos e com repercussão grave nas aprendizagens e comportamentos, bem como na qualidade de vida das famílias. Através do diálogo que estabeleci com as famílias destas crianças percebi a importância que estas dão ao apoio, carinho e dedicação diária de todos os profissionais de saúde deste centro.

Esta experiência de estágio, apesar de curta, foi um grande contributo para o desenvolvimento da Unidade de Competência E1.1 – *Implementa e gere, em parceria, um*

plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, definida pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro, uma vez que me permitiu obter conhecimentos sobre outros recursos da comunidade que trabalham no sentido de melhorar a acessibilidade das crianças com necessidades de saúde especiais a cuidados de saúde específicos e adequados à sua condição.

Este estágio também foi importante para a aquisição das Unidades de Competência *E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem* e *E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*, descritas pelo mesmo Regulamento, uma vez que a elaboração da proposta de procedimento de enfermagem para o rastreio de crianças com PEA (referida no sub-capítulo anterior) poderá possibilitar uma resposta de enfermagem adequada que contribuirá para o diagnóstico precoce de necessidades especiais na criança e consequente referenciação para outros profissionais especializados.

A observação das consultas de desenvolvimento tornou-se igualmente num grande contributo para o desenvolvimento da Unidade de Competência *E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*, descrita pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. Com efeito, durante estas consultas observei as técnicas de comunicação que a médica utiliza com estas crianças, e que eu própria coloquei em prática durante o meu contacto com elas. De um modo geral, as técnicas utilizadas passam pela prática de não usar bata, decorar o ambiente com brinquedos e material didáctico, aproximar-se da criança calma e gentilmente, colocar questões que facilitem o início da interacção, brincar com a criança enquanto se conversa com ela, recorrer a assuntos pelos quais a criança revele interesse, comunicar através de uma linguagem clara e simples, substituir a palavra “não” por uma linguagem positiva, explicar à criança os tratamentos necessários e envolvê-la nas decisões, apresentar informação à criança com recurso a suporte visuais (imagens, desenhos, fotos), elogiar a criança e dar reforços positivos, entre outras técnicas.

Tendo em conta o meu projecto de estágio, esta experiência no Centro de Neurodesenvolvimento foi importante para perceber que, podendo as perturbações do neurodesenvolvimento ser um factor de risco para os maus-tratos (DGS, 2011a), a intervenção precoce e o acompanhamento profissional destas crianças e família é uma

importante actividade ao nível da prevenção primária. Com efeito, segundo o Modelo Sistémico de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011), a prevenção primária passa por fortalecer as linhas de defesa através da redução de factores de risco e da prevenção do stresse.

1.3. Unidade de Saúde Familiar

Para o estágio na USF delineei um conjunto de quatro objectivos e respectivas actividades que se encontram descritos no Apêndice II. O primeiro objectivo consistiu em **conhecer a estrutura física, organização e dinâmica funcional, assim como os processos de trabalho** desta unidade de saúde.

Uma vez que a minha experiência profissional foi sempre em contexto hospitalar, o meu único contacto com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) resumiu-se a um estágio de cinco semanas no Curso de Licenciatura. Desde então, têm havido muitas mudanças ao nível da organização e estrutura dos CSP, as quais, por estar um pouco afastada desta realidade, não eram para mim muito claras. Neste sentido, no início deste estágio, senti necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica acerca das reformas e da organização e funcionamento actuais dos CSP em Portugal. Por outro lado, tendo em conta que o meu estágio iria decorrer numa USF, senti igual necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a organização e funcionamento destas unidades funcionais, que se encontra legislado no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. Para a compreensão da organização e funcionamento das USF foi igualmente um contributo importante a entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora (cujo guião se encontra no Apêndice III), que de forma mais prática me deu a conhecer as actividades e organização destas unidades funcionais. Para conhecer mais especificamente a organização e dinâmica funcional da USF onde realizei estágio, foi essencial a consulta que efectuei aos documentos e processos desta instituição. O conhecimento da sua estrutura física e os processos de trabalho foi efectuado através da visita e exploração do serviço, e da observação e acompanhamento das actividades da Enfermeira Orientadora. No Apêndice IV encontra-se uma breve caracterização deste serviço.

O segundo objectivo de estágio que tracei foi **desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família**. Para alcançar

este objectivo foi essencial a minha observação participante da prestação de cuidados de enfermagem nas diversas actividades assistenciais prestadas pela USF.

Durante este estágio observei e participei de forma activa nas **consultas de saúde infantil e juvenil**. Nestas consultas, a equipa de saúde da USF presta cuidados de acordo com o preconizado pelo Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005) através da calendarização das consultas para “idades-chave” e da harmonização das mesmas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações da família à USF.

Durante estas consultas tive a oportunidade de avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens das diferentes faixas etárias, e registar nos respectivos Boletins de Saúde Infantil e Juvenil os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, psicossocial e da escolaridade. A avaliação do desenvolvimento pela equipa de enfermagem nesta USF é feita segundo a escala de Mary Sheridan. Para além disso, tive a oportunidade de transmitir as orientações antecipatórias às famílias, seguindo as directrizes do Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005) para as diferentes “idades-chave”. Esta actividade exigiu da minha parte o estudo e a consulta de bibliografia que ajudou a fundamentar-me sobre temas variados como alimentação, prevenção de acidentes, desenvolvimento e temperamento.

Segundo a DGS (2005), o aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais a assumam como um direito e um dever, cabendo aos profissionais facilitá-la e promovê-la. Neste sentido, os cuidados antecipatórios constituem-se como um factor de promoção da saúde e de prevenção de doença, na medida em que proporcionam aos pais conhecimentos necessários para melhorar o desempenho da sua função parental. Com efeito, durante as consultas a que assisti, e as que realizei sob supervisão da Enfermeira Orientadora, pude constatar que os pais se mostraram muito interessados e colocaram dúvidas e questões sobre variados assuntos. Isto fez-me reflectir e pensar que cada vez mais os enfermeiros, e nomeadamente os enfermeiros de CSP, devem ser detentores de um conjunto de conhecimentos bastante diversificado, fundamentado e actualizado, pois cada vez mais os pais se revelam mais exigentes.

De acordo com a DGS (2005), é igualmente objectivo dos exames de saúde, apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar da família. A mesma refere ainda que,

“a avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sócio-familiar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/família. No primeiro ano de vida há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe, encaminhando precocemente quaisquer alterações, que poderão interferir no desenvolvimento da criança” (*ibid.*, p.11).

Isto é especialmente importante, pois enquadra-se na prevenção primária dos maus tratos. Durante o acompanhamento da Enfermeira Orientadora pude constatar a sua preocupação a este nível, especialmente nas consultas de Recém-Nascidos (RN) e lactentes. Nestas consultas, um dos assuntos sempre abordados pela Enfermeira era a sua preocupação com a mãe, o seu estado de saúde físico e mental. Frequentemente aconselhava as mães a sair de casa e passear com os filhos, enfatizando sempre a segurança da criança, quer ao nível do vestuário, quer ao nível da prevenção de acidentes. Durante a minha experiência de estágio tive mesmo oportunidade de contactar com uma mãe que manifestava sintomas que pudessem indiciar uma possível depressão pós-parto e uma mãe que manifestou que a prioridade era o filho e não o marido. Nestes casos, a Enfermeira Orientadora estimulou a importância da relação conjugal e da dinâmica familiar, e apoiou emocionalmente as mães de forma a aumentarem a sua auto-estima. Estas intervenções preventivas são de extrema importância, não só para orientar as dificuldades e necessidades sentidas pela família, como também para prevenir de forma primária os maus tratos infantis, já que as perturbações psicológicas e os conflitos conjugais constituem factores de risco, tal como descreve a DGS (2011a).

As consultas de saúde infantil e juvenil contribuem igualmente para a detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança. Eu tive esta experiência quando durante a consulta de enfermagem se detectou hipertensão arterial numa pré-adolescente de 11 anos. Esta situação foi comunicada de imediato ao médico, que referenciou a criança para o hospital, de modo a garantir a avaliação da situação por profissionais especializados na área. Neste estágio tive ainda a oportunidade de realizar o exame global de saúde antes da escolaridade obrigatória e preencher a respectiva ficha de ligação para a Saúde Escolar.

O desenvolvimento das actividades anteriormente descritas foi um grande contributo para a consolidação das Unidades de Competência E1.1 – *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem* e E1.2 – *Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar*

negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, descritas pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. Também durante este estágio tive a oportunidade de desenvolver a Unidade de Competência E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, do mesmo Regulamento. Com efeito, na minha realidade profissional contacto diariamente com crianças com alguma alteração no seu estado de saúde. Ter convivido com crianças saudáveis de várias faixas etárias e avaliar o seu desenvolvimento durante as consultas de saúde infantil e juvenil foi muito enriquecedor para mim.

A avaliação do desenvolvimento de uma criança era uma das actividades obrigatórias desta Unidade Curricular. Neste sentido, elaborei um documento descritivo relativamente à avaliação do desenvolvimento de um RN durante a chamada “primeira consulta”, que se efectuou em contexto de visitação domiciliária (Apêndice VII). Para a elaboração deste documento segui as orientações definidas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) no que respeita aos parâmetros específicos a avaliar ao RN durante a primeira consulta. Esta “Ficha de avaliação na primeira consulta de enfermagem” foi disponibilizada à Enfermeira Orientadora para posterior utilização pela equipa de enfermagem durante as visitas domiciliárias aos RN.

A **visitação domiciliária** é outra das actividades assistenciais da USF. Segundo a DGS (2005, p.6),

“importa desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco»”.

Para além do desenvolvimento das competências do EESIP, a minha participação nesta actividade foi também importante para compreender o papel do enfermeiro na prevenção primária dos maus tratos. Segundo a Generalitat Valenciana (2010), entre as intervenções da prevenção primária dos maus tratos inclui-se promover visitas ao domicílio.

Durante as visitas domiciliárias tive a oportunidade de realizar três primeiras consultas de vigilância do RN. A primeira consulta deve ser efectuada até aos primeiros 15 dias de vida do RN, sendo que nesta USF se preconiza que seja realizada preferencialmente no domicílio. A promoção dos cuidados antecipatórios realizados pelo

enfermeiro na primeira consulta de vigilância do RN incide sobre um vasto leque de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente: alimentação, eliminação, higiene, conforto, vestuário, sono, repouso, afecto e estimulação do RN, adaptação ao papel parental, segurança e prevenção de acidentes, sexualidade e vigilância de saúde. Para além dos cuidados antecipatórios realizei também, pela primeira vez, o teste de inibição bacteriana de Guthrie, vulgo “teste do pezinho”.

Também neste estágio acompanhei uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação durante a sua actividade no âmbito da **intervenção precoce**. Esta enfermeira dirige uma Equipa Local de Intervenção (ELI) que é constituída por ajudantes familiares, educadoras e enfermeiros, e que actualmente dá resposta a 86 crianças.

As ELI são parte integrante do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e desenvolvem a sua actividade ao nível municipal. São constituídas por equipas pluridisciplinares com base em parcerias institucionais envolvendo vários profissionais (educadores de infância, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, entre outros). As suas funções encontram-se definidas no n.º4 do artigo 7º do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. As ELI acompanham crianças, entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social, ou com risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais.

Para além da função de coordenadora da ELI, esta enfermeira da USF realiza visitas domiciliárias a crianças com problemas de desenvolvimento, desempenhando o seu papel de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Nesta actividade pude acompanhar uma criança de 3 anos com Síndrome de West, uma criança de 23 meses com atraso de desenvolvimento e uma criança de 8 meses com Síndrome de Down. Em ambiente de brincadeira, a enfermeira trabalha com as crianças vários exercícios de reabilitação. Em todas as visitas a que assisti a enfermeira senta-se no chão com as crianças e utilizando a brincadeira como estratégia, quase sem nos apercebermos, faz exercícios de reabilitação e de estimulação que facilmente se confundem com um jogo.

Mas não são só as crianças o alvo da atenção desta enfermeira especialista. Também se interessa pela família, fala com ela, ouve as suas preocupações e ajuda e orienta consoante os problemas e as necessidades manifestados. Apercebi-me que as perturbações destas crianças arrastam consigo graves problemas de inclusão, pelo que a

intervenção precoce é feita não só junto das crianças mas também das famílias. Na maior parte dos casos obrigam a um dos cuidadores abdicar da sua vida social e profissional para se dedicar a tempo inteiro a cuidar e acompanhar a criança. Isto muitas das vezes traz problemas não só sócio-económicos, como também psicológicos.

Esta actividade, apesar de não ter sido programada no meu projecto de estágio, tornou-se num grande contributo para o desenvolvimento das competências do EESIP, nomeadamente das Unidades de Competência E1.1 – *Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem* e E2.5 – *Promove a adaptação da criança/jovem família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*, descritas pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. Com esta experiência tive a oportunidade de contactar com crianças com problemas de desenvolvimento e deficiência/incapacidade nos seus contextos familiares; adquirir conhecimentos sobre o enquadramento legal e os recursos comunitários para responder às suas necessidades e ajudar na sua inclusão social; observei o papel do Enfermeiro Especialista no diagnóstico das necessidades destas crianças e das suas famílias, na promoção da relação dinâmica com estas crianças/famílias e de estratégias promotoras de esperança, na referenciação destas crianças para outras instituições de suporte e/ou para cuidados mais especializados e no trabalho em parceria com outros agentes da comunidade.

Esta actividade foi igualmente importante para perceber o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária dos maus tratos infantis. Com efeito, está descrito que as crianças com necessidades especiais constituem um factor de risco de virem a sofrer maus tratos (DGS, 2008). Deste modo, a vigilância destas crianças e famílias assegurada pelas ELI, bem como o seu apoio aos mais variados níveis, contribui para a prevenção primária dos maus tratos. Por outro lado, está definido que uma das funções das ELI é “articular, sempre que se justifique, com as comissões de protecção de crianças e jovens e com os núcleos da acção de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com actividade na área da protecção infantil” (alínea b) do n.º4 do artigo 7º do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro). É de salientar também que, de entre os factores de risco para acesso ao SNIPI são elegíveis as crianças vítimas de maus tratos.

Durante o estágio participei também de forma activa na actividade da **vacinação**. Mais uma vez esta é uma área em que tenho pouca experiência e por esse motivo tornou-se numa actividade bastante enriquecedora. A pesquisa bibliográfica, e nomeadamente a consulta do novo Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2011b), revelou-se bastante útil

para a aquisição de competências nesta área. A par disso, também as orientações da Enfermeira foram bastante úteis para colmatar as dificuldades que senti na interpretação dos boletins de vacinas.

Para além de ter vacinado crianças e adolescentes, vacinei também adultos. Constatei que a área da vacinação é mais complexa do que imaginava e que não é tão linear como pensava que fosse. O facto de, para além do esquema cronológico recomendado haver ainda os esquemas tardio e em atraso, e o facto de os indivíduos não cumprirem rigorosamente o calendário vacinal, implica uma grande fonte de conhecimentos por parte dos enfermeiros. Dada a multiculturalidade e o aumento da imigração em Portugal, a tarefa torna-se tão mais complicada quando os enfermeiros tentam adequar o esquema vacinal português com o de outro país. Foi o que aconteceu numa situação que vivi, em que a criança nascida no Reino Unido trazia consigo um Boletim de Vacinas desse país, com um esquema vacinal um pouco diferente, o qual a Enfermeira Orientadora, perita na área da vacinação, adequou ao esquema proposto pelas normas da DGS (2011b). Por estes motivos, segundo a DGS (2011b), a formação e permanente actualização de todos os que trabalham na área da vacinação são fundamentais, devendo ser uma preocupação constante dos serviços de saúde.

Também no âmbito da vacinação pude assistir a muitas atitudes de tomada de decisão por parte da Enfermeira Orientadora. Situações em que a Enfermeira teve de decidir administrar, ou não, a vacina, quer por condições físicas do cliente, quer para adequação ao esquema vacinal.

Ainda dentro desta actividade assistencial tive a oportunidade de manusear o Sistema de INformação para Unidades de Saúde (SINUS) para verificar o estado vacinal de vários agregados familiares e introduzir novos registos vacinais. Nos casos em que detectei vacinas em atraso, efectuei contacto telefónico para informar sobre a situação e incentivar a deslocação dos utentes à USF para regularização do seu estado vacinal. Por outro lado, como a actividade da USF funciona por agregados familiares, todos os momentos em que qualquer elemento da família recorria a uma consulta ou tratamento eram aproveitados para verificar o estado vacinal da família. Constatei várias situações em que os pais recorreram com a criança à consulta de saúde infantil e juvenil e acabaram também por regularizar as suas vacinas. Antes das visitas domiciliárias, a Enfermeira Orientadora verificava sempre se qualquer elemento do agregado familiar tinha alguma vacina em atraso, para aproveitar o momento da visita para fazer a convocatória para a vacinação, explicando a necessidade para a saúde pessoal e pública

de manter as vacinas actualizadas. Com efeito, como refere a DGS (2011b), aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde.

Na passagem pela actividade assistencial da vacinação pude constatar que a equipa de enfermagem tem a preocupação de utilizar medidas não farmacológicas para o controlo da dor. A técnica mais usada é a distração. Nos lactentes, os enfermeiros promovem o uso de chucha e o aconchego, enquanto nas crianças mais velhas recorrem a materiais como brinquedos e livros que existem na sala de vacinação. No caso dos adolescentes a conversa é utilizada como método de distração.

No entanto, verifiquei que entre a equipa ainda não é prática frequente efectuar a avaliação da dor durante a vacinação, apesar da Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003 da DGS considerar como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. Por outro lado, também ainda não é procedimento da equipa a utilização de anestésicos tópicos da pele nem a administração de sacarose, tal como recomendado pela Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012 da DGS. Perante esta realidade, sugeri à Enfermeira Orientadora a implementação destas práticas na equipa, ao que ela, receptiva à ideia, me verbalizou que iria colocar a sugestão aos restantes elementos durante a reunião semanal.

A reflexão sobre a avaliação da dor durante o procedimento da vacinação, assim como a pesquisa de bibliografia e das últimas orientações sobre este assunto, proporcionou-me a aquisição de maiores e mais actuais conhecimentos nesta área, constituindo-se assim numa ferramenta importante para aplicação durante a minha prestação de cuidados. Portanto, esta actividade tornou-se mais um contributo para o desenvolvimento das competências do EESIP, mais especificamente da Unidade de Competência E2.2 – *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, optimizando as respostas*, descrita pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro.

Durante o estágio na USF tive também oportunidade de assistir e participar na **consulta de saúde da mulher/planeamento familiar**. Esta actividade foi importante tendo em conta a temática do estágio. Segundo a Generalitat Valenciana (2010), entre as intervenções da prevenção primária dos maus tratos inclui-se reduzir a taxa de gravidez não desejada através do planeamento familiar.

Neste estágio tomei contacto com uma outra actividade que desconhecia – as **Notícias de Nascimento**. Tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados

prestados à mulher e à criança, a DGS criou um documento único de Notícia de Nascimento, de utilização obrigatória. A normalização da Notícia de Nascimento possibilita a identificação rápida das situações de risco clínico e social que carecem de intervenção específica e adequada. Segundo a Circular Normativa nº 2/DSMIA de 08/02/2002 da DGS, a Notícia de Nascimento tem sido um importante instrumento facilitador da comunicação entre os hospitais e os Centros de Saúde (CS) após o parto, nomeadamente nas situações de risco acrescido para a mãe ou para o RN. A Notícia de Nascimento deve ser enviada pelos serviços de obstetrícia no momento da alta da mãe para o CS da respectiva área de residência da mãe (ou outro, por ela indicado). Em cada CS deve haver um profissional responsável por centralizar a recepção das Notícias de Nascimento e dar-lhes seguimento, de acordo com regras previamente estabelecidas, dando-se especial atenção às situações referenciadas como de risco, nomeadamente, através da visitação domiciliária, sempre que possível. No caso da USF onde realizei o estágio, é a EESIP a responsável por esta tarefa. Após a recepção da Notícia de Nascimento, a Enfermeira faz o contacto telefónico para programar a primeira consulta, que é feita preferencialmente no domicílio. A USF tem uma base de dados onde arquiva todas as Notícias de Nascimento, tarefa para a qual eu contribuí tendo introduzido várias Notícias de Nascimento.

O terceiro objectivo que defini para este estágio foi **compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na USF**. Globalmente, todo o meu período de estágio, com a minha participação nas actividades assistenciais da USF, foram momentos essenciais para compreender o papel do enfermeiro no âmbito dos CSP perante a criança vítima ou em risco de maus tratos.

Este estágio revelou-se de particular utilidade para perceber em que medida o enfermeiro pode contribuir para a prevenção primária dos maus tratos. O objectivo da prevenção primária é evitar que surjam novos casos na população em geral, orientando-se para a modificação de vastas estruturas e situações sociais que se pensa estarem associadas aos maus tratos (Generaliat Valenciana, 2010). A prevenção primária engloba assim todas as intervenções que potenciam e fortalecem as características positivas da criança e das suas famílias, tornando-as mais resistentes e menos propensas a sofrer ou cometer maus tratos.

No âmbito dos CSP podem fazer-se um conjunto de intervenções preventivas em relação à criança e família tais como: apoiar os pais no desempenho do papel parental; fomentar a criação de um vínculo afectivo seguro entre pais e filhos; sensibilizar os pais

para uma parentalidade e educação positiva; fazer recomendações concretas e específicas em relação às dificuldades sentidas pela família ou encaminhá-la para os profissionais adequados; estabelecer normas de segurança a cumprir pelas crianças e família; incluir pai e mãe nas visitas e reconhecer a sua função importante na educação da criança e no funcionamento familiar; diminuir as situações de isolamento social, possibilitando relações de apoio e confiança com os utentes.

Segundo o Modelo Sistémico Neuman, a prevenção primária tem como objectivo fortalecer as linhas de defesa através da redução de factores de risco e da prevenção do stresse (Neuman & Fawcett, 2011). As actividades assistenciais da USF, tais como as consultas de saúde infantil e juvenil, as visitas domiciliárias, a vacinação e as consultas de saúde da mulher/planeamento familiar, são cruciais e arrastam consigo uma enorme componente preventiva, no sentido em que permitem não só a vigilância do estado de saúde da criança e sua família, como a percepção do ambiente familiar, das condições sócio-económicas e mesmo de outros factores de risco.

Para compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção secundária foi importante a entrevista realizada à Enfermeira Orientadora (cujo guião de encontra no Apêndice III). Os CSP, pela inerência das suas características de funcionamento e organização, são um lugar privilegiado para identificar e actuar nas situações de risco. A prevenção secundária visa detectar e tratar precocemente os casos de risco, nos quais a probabilidade de ocorrerem maus tratos é muito elevada, uma vez que se reconhecem factores de risco ou disfunções nas relações entre a criança e o prestador de cuidados. Segundo a Generalitat Valenciana (2010), a prevenção secundária é especialmente relevante na etapa pré-natal, neonatal, em períodos críticos dos ciclos da vida familiar (por exemplo, nascimento de outra criança, divórcio, desempregos, doença,...) e/ou das etapas evolutivas da criança (por exemplo, adolescência).

Durante este estágio tive a oportunidade de assistir a duas reuniões do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). A minha participação passiva nestas reuniões foi importante não só para ver como o mesmo funciona e se articula com os outros recursos da comunidade, como também para ter uma percepção global das situações existentes. Para além disso, tive a oportunidade de conversar com os enfermeiros pertencentes ao NACJR. Para tal, baseei-me no guião de entrevista que se encontra no Apêndice III.

O quarto objectivo deste estágio foi **contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de**

enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos. Para a sua concretização comecei por entrevistar a Enfermeira Orientadora para perceber as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem nesta área. A par disso, elaborei também um questionário para diagnóstico das necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros na detecção e identificação de crianças/jovens em risco. Após a análise deste questionário programei e realizei uma sessão de formação adequada às necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros sobre esta temática. Dos nove enfermeiros assistiram sete à formação e ainda uma aluna do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem. Os instrumentos desta formação encontram-se no Apêndice VIII. Esta formação teve uma grande participação de todos os formandos e despertou períodos de reflexão e partilha de experiências. Neste sentido, acabou por se tornar também muito produtiva para mim pois permitiu-me absorver as experiências de outros enfermeiros.

1.4. Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

O estágio na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN) foi um grande contributo para a minha aquisição de competências na prestação de cuidados ao RN e família. Tendo em conta que nunca trabalhei em contexto de neonatologia, a minha experiência resumia-se a duas semanas de estágio numa Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia, no âmbito dos estágios do Curso de Licenciatura em Enfermagem. A minha experiência profissional nesta área reduzia-se aos cuidados prestados aos RN que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

Para este estágio estabeleci quatro objectivos (Apêndice II), sendo que o primeiro consistiu em **conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da UCERN, assim como os processos de trabalho.** As actividades que desenvolvi para a concretização deste objectivo, e que se encontram discriminadas no Apêndice II, bem como a entrevista semi-estruturada realizada à Enfermeira Orientadora (cujo guião se encontra no Apêndice III), contribuíram para que eu compreendesse como se organiza e como se trabalha numa unidade de cuidados neonatais, que tipo de cuidados de enfermagem se prestam e que tipo de clientes têm estas unidades. No Apêndice IV encontra-se uma breve caracterização deste serviço.

O segundo objectivo que tracei foi **desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família.** Durante este estágio tive assim

a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a vários RN. Para além da realização de procedimentos técnicos de enfermagem específicos deste tipo de clientes (nomeadamente alimentação, higiene, punção venosa, administração de medicação, entre outras), acompanhei o transporte de RN entre vários serviços como o Bloco Operatório, a Imagiologia e o Internamento de Obstetrícia, observando assim a continuidade dos cuidados ao RN entre os vários serviços. Para além das competências técnicas, este estágio permitiu-me desenvolver competências relacionais e comunicacionais com a família dos RN, mais especificamente com os pais. Assim, durante este estágio tive o cuidado de ser eu a realizar o acolhimento dos RN e família que davam entrada na UCERN quando eu estava presente.

Ao entrar numa unidade de neonatologia os pais deparam-se com um ambiente assustador e pouco acolhedor, com muitos equipamentos e pessoas desconhecidas, tornando-se por isso num momento marcante. Segundo Costa, Klock e Locks (2012), o acolhimento é a chave inicial para o processo de comunicação entre os pais e os profissionais de saúde, sendo uma etapa fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança. Atitudes como o diálogo, a escuta, a disponibilidade, o apoio emocional, o esclarecimento de dúvidas, o comprometimento e a valorização da presença dos pais, são ingredientes básicos para efectivar o acolhimento (Rodrigues, 2010; Costa *et al.*, 2012).

Após o acolhimento na UCERN os pais são progressivamente integrados na prestação de cuidados ao RN (que podem ir desde a preparação e administração de alimentação, à amamentação, à higiene, ao vestuário,...), mediante a situação clínica da criança, a sua capacidade de adaptação ao processo de doença, a sua disponibilidade e motivação e as próprias condicionantes advindas do internamento. Neste processo, os enfermeiros têm o papel de supervisionar todos os passos, ajudando sempre que necessário ou, simplesmente, esclarecendo dúvidas, desenvolvendo deste modo e de forma gradual uma parceria de cuidados. Como refere Soares (2008, p.81), “para uma verdadeira parceria é necessário que o enfermeiro, primeiramente, desenvolva um trabalho de ensino, treino e supervisão de cuidados à família até que esta se torne competente (...)”.

Assim, integrada nesta equipa, durante este estágio promovi a participação dos pais na prestação de cuidados, sempre que a condição clínica do RN o permitia. De forma informal realizei educação para a saúde, dirigida à mãe/família, sobre os cuidados ao RN. Desta forma, contribui para o *empowerment* dos pais, promovendo e facilitando a sua

readaptação e a aprendizagem de novas competências para o desempenho do seu papel parental. De acordo com Hockenberry e Wilson (2011), o conceito de *empowerment* dos pais pode ser encarado como um processo de reconhecimento, promoção e desenvolvimento de competências para cuidarem dos seus filhos. Este processo pretende dotar os pais de conhecimentos que promovam a sua autonomia. A participação nos cuidados deve ser activa, dando à pessoa o direito e a responsabilidade de fazer escolhas e de se envolver na tomada de decisões.

Por conseguinte, o estágio neste serviço foi um grande contributo para a aquisição da Unidade de Competência E3.2 – *Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais*, descrita pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. Com efeito, uma das minhas grandes preocupações enquanto prestadora de cuidados ao RN e família foi a promoção da parentalidade. Cruz (2005, p.13) define a parentalidade como um “conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”. A promoção da parentalidade pode ser considerada como um aspecto da interacção pais/RN que é sensível aos cuidados de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2011). Nyström e Öhrling (2004) acrescentam que, no processo de parentalidade o papel do enfermeiro deve incidir no sentido de minimizar as experiências de tensão dos pais, autonomizando-os no exercício da sua parentalidade.

Na opinião de Soares (2008), a vinculação é uma das tarefas críticas da parentalidade. Segundo a autora, os laços vinculativos estabelecidos entre pais e filhos são determinantes para o desenvolvimento da criança. Ainsworth (1989) define vinculação como o processo pelo qual o indivíduo estabelece uma ligação afectiva privilegiada e duradoura com a figura que habitualmente lhe dispensa os cuidados maternos. Trata-se de um processo interactivo e evolutivo cujos atributos ou comportamentos são caracterizados pela proximidade, reciprocidade e compromisso. Neste sentido, a sua construção requer um contacto físico e envolvimento precoce entre os pais e a criança (Soares, 2008). Assim, durante o estágio promovi o estabelecimento da vinculação através da aproximação corporal do filho à mãe/pai. Atendendo às especificidades e natureza da UCERN, caracterizada pela sofisticação e alta tecnologia, verifiquei em várias mães/família sentimentos de ansiedade, intimidação, receio e insegurança, que condicionavam o contacto físico com o RN. Durante o estágio tentei desmitificar o

ambiente hostil, encorajar a ligação RN/mãe e promover comportamentos facilitadores da formação de vínculos emocionais entre o RN e a mãe/família, tais como, encorajar os pais a sorrir e falar com o bebé, a posicionarem-se face a face, a tocar no RN ou a aninhá-lo perto do corpo (método de contacto pele a pele, designado como canguru).

Segundo Soares (2008), durante o processo de desenvolvimento decorrente da parentalidade, podem surgir situações que coloquem em risco a saúde quer da criança quer dos pais. Por isso, é importante que os enfermeiros estejam atentos à qualidade da interacção mãe/RN e sejam capazes de identificar possíveis dificuldades interactivas, intervindo o mais precocemente possível, evitando assim o risco de aparecimento de problemas ou a consolidação de eventuais sequelas. Ao favorecer a vinculação e adequação das competências parentais às necessidades da criança o enfermeiro contribui para a minimização dos factores de risco, potenciando um desenvolvimento saudável da criança e família.

O terceiro objectivo que tracei para este estágio foi **compreender o papel do enfermeiro na prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na UCERN**. Durante o período de estágio tive a oportunidade de contactar com vários RN em risco, tendo constatado que os factores enumerados pela DGS (2008) como potenciadores para o risco de maus tratos são bastante frequentes na UCERN. Na opinião de Barros (2003), todos os prematuros têm maior probabilidade de virem a ser maltratados e negligenciados pelos pais devido a serem percebidos como mais difíceis. Marques e Sá (2004) referem que, nos últimos 20 a 25 anos, estudos demonstram que os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. O síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal do que nos RN de termo e saudáveis (*ibid.*).

Na óptica de Pereira e Alarcão (2010), no âmbito da protecção da criança em risco, a forma como é avaliada a capacidade dos prestadores de cuidados para exercer o seu papel parental assume especial relevância. Para Woodcock (2003), é praticamente axiomático que a avaliação da parentalidade é um componente principal da prática de protecção à infância. Segundo a Generalitat Valenciana (2010), a intervenção preventiva tem como objectivo transmitir orientações/normas para o “bom trato” (ou prevenção de maus tratos) à criança. Assim, na UCERN, a prevenção primária do maus tratos passa por actividades como melhorar e promover as competências parentais, promover a vinculação, investir na promoção da saúde e cuidar em parceria.

Tendo em conta que a falta de competências parentais se constitui como um factor de risco para os maus tratos, elaborei uma proposta de instrumento para avaliar a parentalidade, com o intuito de prevenir de forma primária os maus tratos. Este foi baseado na Escala de Avaliação de Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco, desenvolvida por Rodrigues (2010), e que tem como objectivo a avaliação das competências do progenitor cuidador do RN de risco, sendo este prematuro ou de termo com situação de patologia. Esta escala destina-se a ser preenchida pelo enfermeiro quando o RN está prestes a ter alta clínica (a partir dos 5 dias anteriores), ou seja, no momento em que se espera que a mãe/pai preste os cuidados ao RN de forma autónoma. Rodrigues (2010, p.82) definiu a competência parental nos cuidados ao RN de risco como “o conjunto de capacidades, comportamentos, conhecimentos, atitudes e intenções que permitem um desempenho adequado ou não a cada situação específica de prestação de cuidados ao RN de risco”.

Para a construção do referido instrumento (Apêndice IX) utilizei os itens da escala desenvolvida pela autora, para as quais os enfermeiros têm como opção de resposta “Sim” e “Não”. A primeira parte do documento consiste na caracterização do RN e do progenitor cuidador, e foi baseada igualmente no questionário elaborado por Rodrigues (2010). Para a utilização do instrumento foi solicitada a autorização à autora através de um e-mail onde se explicava resumidamente a finalidade e os objectivos da sua utilização. Este instrumento tem como finalidade auxiliar de forma estruturada os enfermeiros na avaliação das competências parentais, permitindo-lhes avaliar a necessidade de desenvolver e/ou implementar estratégias que ajudem os pais a adquirir e a desenvolver competências para cuidarem dos seus RN, promovendo assim o desenvolvimento da vinculação. Desta forma, este instrumento auxilia o enfermeiro na prevenção primária dos maus tratos. Esta actividade permitiu-me o desenvolvimento da Competência B1 – *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*, descrita pelo Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro.

Por outro lado, nos casos em que os factores de risco já estão presentes, é fundamental o enfermeiro detectar, intervir e encaminhar as situações, tendo por isso um importante papel ao nível da prevenção secundária. Neste estágio tive a oportunidade de assistir a uma situação que se enquadra na prevenção secundária. Tratou-se de um RN internado na UCERN por doença psiquiátrica da mãe, história de violência doméstica recíproca entre pai e mãe, e falta de competências parentais. Esta situação foi avaliada

pela CPCJ que determinou que a criança se encontrava em risco. Uma vez que os pais não consentiram a intervenção da CPCJ, o caso foi encaminhado para o Ministério Público, que decidiu manter o internamento do RN enquanto analisava a situação. De acordo com a Generalitat Valenciana (2010), as intervenções ao nível da prevenção secundária centram-se nas crianças e respectivas famílias em que se identificam factores de risco concretos que põem em perigo o bem-estar e o desenvolvimento adequado da criança. Segundo o Modelo de Newman, a *prevenção secundária* inicia-se após o aparecimento de sintomas de stresse visando o fortalecimento das linhas de defesa e procurando estabelecer finalidades e intervenções relevantes para reduzir a reacção (Neuman & Fawcett, 2011). Relativamente à intervenção específica da equipa de enfermagem, nesta situação ela passa por garantir a protecção do RN, assegurando o seu bem-estar e a satisfação das suas necessidades, trabalhando ao mesmo tempo com a família no sentido de promover a sua interacção com o RN e de a capacitar para a parentalidade.

O acompanhamento deste caso foi bastante importante para mim e para a aquisição de competências neste âmbito. Tive a oportunidade de ver aplicada à prática os conhecimentos teóricos adquiridos, quer através da pesquisa bibliográfica, quer pelas entrevistas efectuadas aos profissionais com quem contactei. Este estágio foi assim um importante contributo para o desenvolvimento da unidade de competência *E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*, descrita pelo Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro.

O quarto objectivo que estabeleci foi **contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem ao RN em risco de maus tratos**. Para atingir este objectivo contribuiu a formação que realizei para os enfermeiros do Hospital, onde estiveram presentes enfermeiros da equipa da UCERN, e que se encontra descrita no capítulo 3. Por outro lado, elaborei uma proposta de sessão de formação dirigida especificamente ao enfermeiros da UCERN sobre “A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos”, cujo planeamento se encontra no Apêndice X. De referir que dado o curto período de tempo de estágio neste serviço não foi possível realizar a sessão de formação, pelo que espero concretizá-la num futuro breve.

1.5. Internamento de Pediatria

A escolha do serviço de Internamento de Pediatria para local de estágio baseou-se no facto de pertencer ao Hospital onde exerço funções, e ser um serviço de articulação com o SUP, uma vez que a maior parte das crianças são internadas por esta via. Por outro lado, este serviço acolhe clientes pediátricos com patologias do foro médico e cirúrgico, dos 0 aos 17 anos e 364 dias, o que permite um amplo leque de aprendizagens e experiências.

Para este estágio tracei um conjunto de objectivos e respectivas actividades a desenvolver que se encontram discriminados no Apêndice II. Como primeiro objectivo pretendi **conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional do Internamento de Pediatria, assim como os processos de trabalho**. Para tal, durante a primeira semana dediquei-me a conhecer a equipa multidisciplinar; a entrevistar a Enfermeira Orientadora (Apêndice III); a consultar procedimentos e normas institucionais; e a explorar livremente o serviço no que diz respeito à localização dos materiais e equipamentos. No Apêndice IV encontra-se uma breve caracterização deste serviço.

O segundo objectivo traçado foi **desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família**.

O internamento de uma criança é considerado uma situação crítica e causadora de stresse para a criança e sua família (Hockenberry & Wilson, 2011). Segundo Barros (2003, p.31), os estudos actuais da psicopatologia do desenvolvimento “oferecem um conjunto de dados bem fundamentados e validados sobre as eventuais consequências das experiências de doença, de tratamentos médicos e de hospitalização, e a sua correlação com a emergência posterior de patologia (...)”. A mesma autora refere que, nos dias de hoje, existem quadros teóricos suficientes para clarificar as consequências negativas da hospitalização, principalmente durante a infância e adolescência, pelo que esta experiência dever ser evitada ou reduzida, sempre que possível.

Dissociar a criança da sua evolvente familiar, sobretudo em situações de internamento hospitalar, tem repercussões negativas no seu equilíbrio emocional e no seu desenvolvimento. Por outro lado, quando se fala em crianças deve-se ter em conta que elas estão inseridas num contexto familiar e que a sua doença e hospitalização acarretam um grande número de preocupações para a família. O diagnóstico de uma doença, principalmente se for grave, representa um dos acontecimentos mais dramáticos para a

família, envolvendo-a numa crise emocional que afecta profundamente os seus elementos.

Assim, nos cuidados em pediatria torna-se fundamental uma abordagem dos cuidados centrados na família. A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece esta como uma constante na vida da criança, e que por isso deve ser apoiada no seu papel natural de cuidadora (Hockenberry & Wilson, 2011). Isto implica que os enfermeiros devem incorporar na prática clínica o conhecimento e a convicção de que a família é uma constante na vida da criança. As necessidades da família, e não somente as da criança, devem ser consideradas. Como afirmam Andraus, Minamisava e Munari (2004), é importante reconhecer que também a família se encontra fragilizada e, portanto, também necessita de ser cuidada. Segundo estes autores, o internamento de uma criança afecta a dinâmica funcional da família e a sua segurança emocional, por diversos motivos, entre os quais, o medo do desconhecido, da qualidade do tratamento, da dor, da morte, de prováveis dificuldades económicas, a falta de tempo para se dedicar à criança, a preocupação com os demais filhos que permanecem em casa, entre outros.

Seguindo este raciocínio, Hockenberry e Wilson (2011) referem a importância de comunicar e de considerar os pais como parceiros nos cuidados, pois são estes os detentores dos conhecimentos e da experiência face ao cuidar da criança. Com efeito, a filosofia da parceria de cuidados defende que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos e o contributo na prestação de cuidados (Casey, 1993). Constituindo a família um essencial apoio para a criança doente, torna-se indispensável conhecer a estrutura familiar, compreender a forma como esta encara o internamento, bem como o seu desejo em termos de envolvimento nos cuidados à criança. Segundo Casey (1995), a participação dos pais nos cuidados de saúde implica uma relação de parceria com a equipa e o desenvolvimento de acções complementares, tendo em vista o bem-estar da criança. De acordo com o modelo de parceria de cuidados, os enfermeiros devem partilhar crenças e valores que reconheçam os pais como os melhores prestadores de cuidados, desenvolver competências de comunicação, de relação de ajuda, ensino e de trabalho em grupo.

Este estágio foi importante para poder olhar para a família com mais atenção e perceber a sua importância como parceiros no cuidar, mas também como alvo dos cuidados. Neste sentido, ao longo do estágio aprendi a dar mais atenção à família e procurei estabelecer com ela uma relação de ajuda. Com efeito, o desenvolvimento da relação de ajuda entre o enfermeiro e a família é essencial para o processo de parceria de

cuidados. Na base de uma relação de ajuda está uma habilidade para a relação centrada no outro. Na concepção de Rogers (2009), a relação de ajuda é uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. Segundo o paradigma de Rogers (2009), que denominou *Abordagem Centrada na Pessoa*, o desenvolvimento humano e as relações grupais passam pela activação de um conjunto de atitudes por parte do facilitador e do desenvolvimento de uma comunicação verdadeira entre os participantes.

Segundo Lazure (1994), na relação de ajuda o enfermeiro oferece ao utente/família determinadas condições para que possa satisfazer as suas necessidades básicas. A relação de ajuda contribui assim para reduzir a ansiedade e elevar o nível de energia. Na perspectiva desta autora, para se desenvolver uma relação de ajuda, o enfermeiro deve possuir competências como a capacidade de escuta, a clarificação, o respeito por si e pelos outros, a congruência em relação a si e aos outros, a empatia e o confronto consigo próprio e com os outros. No decorrer do estágio percebi que acções simples como ouvir as preocupações dos pais, mostrar interesse pelas suas necessidades e pelos seus recursos familiares e emocionais, são grandes fontes de ajuda.

A experiência de estágio no Internamento de Pediatria revelou-se bastante enriquecedora uma vez que me permitiu o desenvolvimento de parte da Unidade de Competência *E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem*, definida pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro. Com efeito, durante este estágio tive a oportunidade de trabalhar com a família, negociando e incentivando a sua participação no processo de cuidar da criança hospitalizada.

Tendo em conta que a Enfermeira Orientadora tem a função de gestão do serviço, uma vez que é a responsável pelo mesmo, o acompanhamento das suas actividades foi igualmente importante para adquirir conhecimentos neste domínio. Assim, colaborei na verificação e reposição do *stock* de material clínico e medicação, actividade importante para garantir uma adequada prestação de cuidados. Tive igualmente a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Orientadora na gestão de vagas e distribuição das crianças de acordo com as patologias, riscos inerentes e as solicitações do SUP. Esta trata-se de uma tarefa importante uma vez que é essencial proteger as crianças do foro cirúrgico daquelas que estão internadas por patologias infecto-contagiosas, que no inverno são uma maioria, sem nunca esquecer a idade das crianças e a tentativa de ajustar a ocupação dos quartos

à faixa etária, tal como sugere a Carta da Criança Hospitalizada. Por outro lado, e uma vez que na minha prática profissional articulo com este serviço, e tendo em conta que a maior parte das crianças é internada pelo SUP, foi importante perceber o modo como se faz a gestão das vagas. Esta actividade permitiu-me o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no que diz respeito à gestão de cuidados: *C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional* e *C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados* (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

O terceiro objectivo delineado para este estágio foi **compreender o papel do enfermeiro no Internamento de Pediatria aos três níveis de prevenção dos maus tratos infantis**. Segundo a Generalitat Valenciana (2010), a prevenção primária dos maus tratos, ou a promoção do bom trato na saúde, inclui questões relacionadas com a estrutura e a organização dos serviços de saúde, bem como com normas dos mesmos e com o desenvolvimento e implementação de protocolos e procedimentos adequados às necessidades das crianças e suas famílias. Segundo a mesma entidade, o respeito pelos direitos da Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas pode contribuir para prevenir os maus tratos institucionais. A Carta Europeia dos Direitos da Criança Hospitalizada foi promovida em 1986 pela *European Association for Children in Hospital* (EACH) e aprovada em 1988 por várias associações europeias (EACH, 1988). A EACH é a organização que agrupa várias associações envolvidas no bem-estar de todas as crianças antes, durante ou depois de um internamento hospitalar (EACH, 2009). Portugal esteve presente em 1993, pela primeira vez, na “IV Conferência da EACH”, associação que é representada no nosso país pelo Instituto de Apoio à criança (IAC).

No Hospital onde realizei o estágio constatei que a Carta da Criança Hospitalizada se encontra presente em formato informático, estando também incorporada no Guia de Acolhimento aos pais. Contudo, verifiquei que esta não se encontra exposta em nenhum local em formato de póster, pelo que dei esta sugestão à Enfermeira Responsável que, considerando a ideia pertinente, ficou de discutir este assunto com a equipa de marketing do Hospital que é responsável pela afixação de informações.

Durante o período de estágio tive oportunidade de seguir a situação de duas crianças internadas por suspeita/risco de maus tratos. Uma delas era uma jovem de 15 anos que foi internada após se ter accionado o Procedimento de Urgência (artigo 91º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro). Esta jovem terá sido agredida pelo pai adoptivo e sofria

igualmente de maus tratos físicos e psicológicos pela companheira deste. Como se encontrava em situação de perigo foi internada para aguardar a intervenção do Tribunal. Durante o período de internamento foi realizado o levantamento da história clínica e social, teve acompanhamento psicológico e psiquiátrico, e foi realizada a articulação com o NHACJR que, por sua vez, articulou com o Tribunal.

Em todo este processo observei a intervenção da equipa de enfermagem que teve um papel importante na mediação e controlo das visitas do padrasto e da companheira, mas também em assegurar a manutenção das actividades de vida da jovem e no próprio apoio psicológico. Cabia também aos enfermeiros garantir pormenorizados registos de enfermagem e a transmissão de informação sobre a jovem para outros profissionais.

Uma das responsabilidades dos serviços de saúde perante os maus tratos infantis passa pela elaboração de relatórios devidamente documentados e fundamentados que possam ser utilizados para avaliação do caso pelas entidades de instâncias superiores (nomeadamente CPCJ e Tribunais). Constatei que no Internamento de Pediatria, e uma vez que é frequente o internamento de crianças com suspeita de maus tratos, esta é uma tarefa frequente da equipa de enfermagem. Desta forma, para facilitar esta actividade, elaborei e propus um instrumento para a elaboração destes relatórios (Apêndice XI). Este foi baseado nas recomendações das Generalitat Valenciana (2010) e pretende servir de guia aos enfermeiros para a estruturação da informação a transmitir sobre as crianças em risco. Um aspecto importante a ter em conta na sinalização e encaminhamento de casos de maus tratos é que esteja suficientemente documentado, de forma a que a informação transmitida seja relevante e fiável, pois essa informação poderá ser determinante na resolução da situação. As descrições devem ser breves, claras e objectivas, baseadas em dados constatados e/ou constatáveis, e isentas de juízos de valor (*ibid.*).

Segundo a Generalitat Valenciana (2010, p. 118), a prevenção terciária trata os casos de crianças já maltratadas ou com suspeita de maus tratos, para que estes deixem de ocorrer o mais cedo possível, e tenta minimizar as sequelas derivadas dos mesmos. Este nível de prevenção pretende garantir a segurança e o bem-estar da criança. De acordo com o modelo de Neuman, a *prevenção terciária* ocorre depois do tratamento activo através das estratégias da prevenção secundária e visa manter o bem-estar ou proteger a reconstituição do sistema do cliente através dos pontos fortes de apoio existentes (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste estágio tive a oportunidade de acompanhar a situação do RN que tinha encontrado anteriormente no estágio na UCERN, e que entretanto foi transferido para o

Internamento de Pediatria. O caso deste RN ainda se encontrava em avaliação pelas entidades competentes, situando-se ao nível da prevenção secundária. Mais uma vez, neste serviço constatei a dificuldade de comunicação devido à língua, entre equipa de enfermagem e o pai do RN de nacionalidade chinesa.

Com efeito, a presença de crianças de diferentes culturas nos serviços de saúde tem vindo a aumentar significativamente, transformando-se a enfermagem em enfermagem transcultural. Portugal tem vindo a tornar-se num país acolhedor de imigrantes oriundos das mais diversas partes do mundo. Segundo os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), referentes ao ano de 2012, a população estrangeira residente em Portugal totalizava 417 042 cidadãos (sendo que 181 901 se concentram no distrito de Lisboa). As nacionalidades de estrangeiros residentes mais representativas em Portugal eram o Brasil (25,3%), Ucrânia (10,6%), Cabo Verde (10,3%), Roménia (8,4%), Angola (4,9%), Guiné-Bissau (4,3%), China (4,2%), Reino Unido (4,0%), Moldávia (2,8%) e São Tomé e Príncipe (2,5%). Segundo os dados da Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCCR) (2010), desde 2006 que se tem vindo a registar um aumento progressivo de casos reportados de crianças e jovens de nacionalidade não portuguesa. De acordo com os dados da CNPCR (2012), 5,5% das crianças e jovens com processo acompanhado pelas CPCJ em 2012 eram oriundas de outros países, sendo que 43% eram provenientes da Europa, 31% do continente Americano, 24% do continente Africano e 2% da Ásia.

No assunto sobre os maus tratos, há que ter em conta que a variação cultural que existe ao nível das crenças e das práticas educativas evidencia que não existem normas universais sobre quais os cuidados que se devem ter com as crianças ou sobre o que pode constituir mau trato e negligência. São muitos os exemplos de práticas educativas tradicionais que suscitam conflitos interculturais e que revelam a interferência, não só de valores educativos, como de objectivos de socialização diferentes. É o exemplo dos rituais da mutilação genital feminina ou a privação da alimentação e de sono, que ocorrem em muitas partes do mundo e que constituem um bom exemplo de conflito intercultural (Calheiros & Monteiro, 2000).

Madeira (2011) refere que vários esforços têm sido realizados para uma compreensão mais alargada do conceito de mau trato e a sua relação com a cultura étnica. Vários dados demonstram a necessidade de políticas de prevenção culturalmente adequadas e aquisição de competências profissionais culturais (*ibid.*).

Com efeito, a prestação de cuidados multiculturais impõe-se cada vez mais, pelo que os profissionais de saúde, e nomeadamente os enfermeiros, necessitam prestar cuidados culturalmente competentes, que vão ao encontro das especificidades de cada cultura. Para Leininger (2002), a enfermagem transcultural consiste em descobrir e estabelecer um corpo de conhecimentos e competências centrados nos cuidados transculturais, saúde e doença, de modo que os enfermeiros possam adquirir competências culturais e prestar cuidados congruentes a pessoas com diferentes culturas. Tal como refere a mesma autora (1998, p.33), é fundamental “obter conhecimentos capazes de proporcionar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente competentes, que conduzam à saúde e ao bem-estar dos indivíduos, das famílias, dos grupos ou das comunidades culturais”.

Também o Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea f) do 81º artigo, refere que o enfermeiro deve “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”. Segundo Leininger (2002), ao cuidar de pessoas de grupos culturais diferentes, deve-se, antes de mais, identificar os seus valores culturais dominantes e só depois determinar qual a melhor forma de cuidar, de forma a minimizar o choque cultural entre o enfermeiro e o utente.

No que respeita aos maus tratos, as diferenças culturais tornam difícil a análise e a distinção do que é ou não é mau trato. Por este motivo, os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, devem estar atentos aos sinais de maus tratos nas crianças culturalmente diferentes e analisá-los de forma crítica e fundamentada, não esquecendo o regime jurídico que vigora no nosso país.

Perante o que foi descrito anteriormente, este estágio foi mais um contributo para o desenvolvimento das Unidades de Competência *E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem* e *E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*, descritas pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro.

O quarto objectivo pretendeu **contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos**. Para a concretização deste objectivo contribuiu a formação que realizei para os enfermeiros do Hospital, onde estiveram presentes enfermeiros do Internamento de Pediatria, e que se descreve no capítulo 3.

1.6. Serviço de Urgência Pediátrica

Tratando-se do meu local de trabalho, para a realização deste estágio foi essencial, no horário de estágio, distanciar-me do meu papel profissional e centrar-me nas orientações e actividades da Enfermeira Orientadora e nos objectivos traçados (Apêndice II). A caracterização do SUP encontra-se no Apêndice IV.

O primeiro objectivo que defini para este estágio foi **desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família.**

Durante este estágio tive a oportunidade de assistir a uma formação sobre o aleitamento materno. Na Unidade de Cuidados INTermédios (UCINT) são internadas muitas crianças alimentadas com leite materno, e com frequência as mães manifestam dificuldades em amamentar, sendo que algumas pensam mesmo em desistir. Contudo, o aleitamento materno é relevante no desenvolvimento e saúde das crianças. Trata-se de um alimento vivo, completo e natural que previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, tem um efeito protector contra alergias e melhora a adaptação do bebé a outros alimentos. Existem mesmo dados que apontam que, a longo prazo, o leite materno previne a diabetes e alguns linfomas (Bértolo & Levy, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) (2003) recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos seis meses de vida e a manutenção deste em combinação com outros alimentos até aos dois anos. Para além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afectivos para o RN, o leite materno também pode ser uma potente intervenção para alívio da dor (OE, 2013).

Sendo uma área que não dominava, após a formação senti-me com mais conhecimentos para apoiar as mães durante a amamentação e para esclarecer as suas dúvidas e dificuldades, tendo aplicado os conhecimentos adquiridos durante o meu contacto com as mães. Assim, durante este estágio desenvolvi a unidade de competência *E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais* definida pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro, nomeadamente através da promoção da amamentação, da negociação do envolvimento das mães nesta actividade e da promoção do contacto físico entre a mãe e o RN.

Este estágio foi importante para o desenvolvimento da Unidade de Competência *E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, optimizando as*

respostas, descrita pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro. Adoptando a minha posição de estudante, afastei-me do meu papel como profissional do serviço, o que me permitiu um olhar de fora, permitindo a análise e a reflexão. Assim, em relação à dor, constatei que, quer a equipa de enfermagem, quer a equipa médica demonstram uma grande preocupação com o seu controlo.

Para a OE (2013), compete ao EESIP a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. A Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003 da DGS equipara a dor a 5º sinal vital e considera como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. Seguindo esta premissa, o Hospital emitiu uma orientação técnica, com o objectivo de contribuir para a correcta avaliação da dor dos utentes, onde estabelece que esta avaliação é obrigatória para todos os profissionais de saúde. Para além da intensidade da dor é obrigatória a avaliação das suas características e intervenções realizadas. No Departamento de Pediatria normalizou-se que a avaliação da dor é feita da seguinte forma: nos RN utiliza-se a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS); nos menores de 4 anos ou sem capacidade de verbalizar utiliza-se a escala *Face, Leg, Activity, Cry, Consolability* (FLACC); nas crianças entre os 4 e os 6 anos é utilizada a Escala das Faces; a partir dos 6 anos utiliza-se a Escala Numérica ou, se o desenvolvimento da criança ainda não o permitir, a Escala das Faces.

O controlo da dor, para além de um dever dos profissionais de saúde, é um direito das crianças consignado na Carta da Criança Hospitalizada (EACH, 2009). Assim, para além da norma referida anteriormente, existem no SUP normas e procedimentos de actuação sobre administração de analgésicos para o controlo da dor e sedação, quer para médicos, quer para enfermeiros. Em relação aos procedimentos de enfermagem, os enfermeiros têm autonomia para administração de determinados analgésicos, nomeadamente paracetamol, ibuprofeno e Emla®.

Para além das medidas farmacológicas, é hábito neste serviço os enfermeiros utilizarem durante os procedimentos várias medidas não farmacológicas para controlo da dor, nomeadamente amamentação, administração de sacarose a 24%, sucção não nutritiva, distração, modelação/ensaio comportamental (muito usada por exemplo na avaliação de oximetria periférica e na administração de aerossóis/oxigénio), relaxamento muscular/exercícios respiratórios, preparação antes do procedimento e reforço positivo (com a atribuição de diplomas, medalhas e jogos de papel).

A par das referidas intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais, a Orientação n.º 022/2012 de 18/12/2012 da DGS propõe também a utilização da contenção com lençol ou contenção manual. A contenção com lençol (conhecido como *swaddling*) “consiste em envolver o lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca” (*ibid.*, p. 6). A contenção manual (conhecida como *facilitated tucking e containment*) é a “utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão” (*ibid.* p. 6). A contenção manual é uma forma de apoio postural que, contrariamente à restrição física, não implica o uso da força. Trata-se de uma medida de conforto que se destina a evitar a desorganização motora, ela própria stressante, que os estímulos desagradáveis provocam nestas idades, sendo útil até ao desaparecimento do reflexo de Moro (*ibid.*). Uma vez que esta técnica de contenção não é utilizada de um modo geral pelos enfermeiros do SUP, durante o meu estágio aproveitei para transmitir à equipa de enfermagem a existência destas medidas, exemplificando nas crianças, sempre que possível.

De acordo com o Parecer n.º18/2011 da OE (p. 2), os enfermeiros “podem utilizar recursos que complementem e enriqueçam a sua acção e sejam benéficos para o cliente, conquanto se inscrevam num plano de intervenção de enfermagem e sejam consentidos.” Mais acrescenta que, “algumas técnicas podem ser integradas na prática clínica de Enfermagem. São mencionadas na CIPE [Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem] como recursos de Enfermagem, podendo promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual do cliente” (*ibid.*, p. 3). Com efeito, a versão 2 da CIPE contempla vários recursos terapêuticos como a aromoterapia, musicoterapia, ludoterapia, terapia de relaxamento simples, entre outros.

No SUP a massagem terapêutica é essencialmente aplicada em bebés para o alívio das cólicas e para promover o seu relaxamento. No entanto, esta terapia não é só benéfica para esta faixa etária. Field, Hernandez-Reif, Diego, Schanberg e Kuhn (2005), num estudo realizado sobre os benefícios da massagem terapêutica, constataram que crianças e adolescentes internados, depois de efectuarem sessões de massagem terapêutica durante 30 minutos e quando comparadas com um grupo de controlo, se encontravam menos deprimidos e ansiosos, apresentando baixos níveis de cortisol na saliva, tornavam-se mais cooperativos nos cuidados prestados pelos enfermeiros e aumentavam o seu período de sono nocturno.

A reflexão sobre este assunto e a pesquisa de informações foi um importante contributo para o desenvolvimento da Unidade de Competência E2.4 – *Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência*, descrita pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro.

Com efeito, esta reflexão e esta pesquisa fizeram-me despertar a atenção para a existência de uma lacuna no serviço onde presto funções, da qual nunca me tinha apercebido. Na UCINT as crianças internadas não têm quaisquer meios de distração. Perante esta realidade e a evidência científica, em reunião conjunta com a Enfermeira Responsável e a Enfermeira Orientadora expus esta problemática e esta necessidade. Ficou combinado arranjar uma solução em conjunto, que passou pela elaboração de um pedido formal ao Marketing e à Direcção Clínica e de Enfermagem do Hospital para a aquisição de brinquedos e de material ludodidático. Foi com agrado que ainda no decorrer do estágio houve resposta positiva para a aquisição de televisores com ligação aos canais infantis por cabo. A aquisição de brinquedos ficou ainda pendente do parecer da Comissão de Controlo de Infecção do Hospital.

Durante o meu período de estágio no SUP, estiveram internadas na UCINT crianças com doença oncológica transferidas de uma outra instituição especializada, ao abrigo de um protocolo criado por motivo de obras nas instalações. Tendo em conta que a minha experiência com a criança com doença crónica/oncológica sempre foi de contactos rápidos, nas suas passagens pelo SUP, esta experiência revelou-se bastante enriquecedora, tendo sido uma oportunidade para o meu desenvolvimento da Unidade de Competência E2.5 – *Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*, definida pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro. Até então nunca tinha tido a oportunidade de cuidar de crianças com doença oncológica.

A World Health Organization (2013) define as doenças crónicas como as doenças de longa duração e progressão geralmente lenta. Segundo esta organização, as doenças crónicas, como as cardiovasculares, a diabetes, as doenças respiratórias crónicas e o cancro, são a principal causa de mortalidade no mundo (63%). De acordo com Barros (2003), o diagnóstico de doença crónica tem um impacto significativo não só na criança mas também na família, gerando uma crise emocional para todos os seus membros. A mesma autora refere que os pais se sentem muitas vezes incapazes e impotentes para

tratar de uma criança/adolescente com doença crónica, mas também podem aprender e aprendem a fazer o que é necessário com a ajuda dos profissionais de saúde.

A doença oncológica na criança é sempre um acontecimento inesperado e devastador para as pessoas que lhe são próximas. Esta doença provoca profundas alterações físicas, emocionais e psicológicas, e cria um grande impacto na vida e na dinâmica do indivíduo, da família e da própria sociedade (Santos & Figueiredo, 2013).

Se a criança com doença oncológica é confrontada com desafios físicos e psicossociais (Silva, Andrade, Barbosa, Hoffmann & Macedo, 2009), também a sua família, para além de sentimentos de desespero, revolta, tristeza e preocupação (Santos & Figueiredo, 2013), vivencia uma destruturação do seu quotidiano, sendo forçada a uma mudança significativa na sua estrutura de vida, de forma a conseguir adaptar-se e dar resposta às necessidades da criança (Silva *et al.*, 2009). Por estes motivos, e segundo Santos e Figueiredo (2013), a intervenção dos enfermeiros junto destas crianças e suas famílias deve assentar em dois objectivos fundamentais: facilitar a aceitação e adaptação à doença e suas limitações associadas e promover uma adesão responsável ao tratamento e recomendações da equipa de saúde. Assim, o trabalho com estas famílias passa por um conjunto de actividades, desde a educação para a saúde, fomentando a modificação das rotinas de vida, a diminuição do impacto da perturbação emocional e a resolução dos variados problemas; o estabelecimento de uma relação de abertura e diálogo; a disponibilização de informação; a facilitação da expressão dos significados e emoções atribuídos à doença; a promoção de estratégias para aumentar o sentido de auto-eficácia e de controlo dos familiares. Deve ser realizado um trabalho de parceria em que a família deve ser parceira na tomada de decisões relativas aos cuidados à criança.

Também durante este estágio tive a oportunidade de desenvolver a Unidade de Competência E2.3 – *Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados*, descrita pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro. Apesar de ter já tido contacto com algumas crianças com doenças consideradas raras pela associação Linha Rara (como por exemplo Drepanocitose, Síndrome de West, Síndrome de Down), durante este estágio tive a oportunidade de cuidar de crianças com Sarcoma de Ewing, Síndrome Hemofagocítica secundária à infecção aguda pelo vírus Epstein-Barr e Encefalopatia de Hashimoto. O contacto com estas três crianças tornou-se num verdadeiro momento de aprendizagem que obrigou à pesquisa científica sobre estas doenças, mas também sobre os cuidados de enfermagem adequados a cada uma delas. Por outro lado, o contacto e o trabalho com estas famílias foi bastante enriquecedor, mas

também se constituiu num verdadeiro desafio, pois os momentos de grande ansiedade que viveram obrigaram-me à pesquisa e ao desenvolvimento de estratégias promotoras de esperança, de forma a conseguir dar resposta às necessidades demonstradas por estas famílias perante a adversidade que enfrentavam.

Durante este estágio tive também a oportunidade de realizar o Curso Europeu de Suporte de Vida Pediátrico, creditado pelo Conselho Português de Reanimação. O objectivo deste curso teórico-prático foi fornecer conhecimentos actualizados e treinar competências práticas necessárias para o tratamento emergente da criança gravemente doente ou traumatizada. Este foi um grande contributo para o desenvolvimento da Unidade de Competência *E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados*, descrita pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro.

O segundo objectivo delineado para este estágio foi **compreender o papel do enfermeiro no SUP na prevenção primária, secundária e terciária dos maus tratos infantis**. Exercendo funções neste serviço, as situações de maus tratos que já presenciei são inúmeras, desde os maus tratos físicos, aos psicológicos, à negligência e à suspeita de abuso sexual. Apesar de ser frequente a presença destas situações no SUP, a actuação da equipa multidisciplinar ainda não é uniforme e notam-se alguns constrangimentos, receios e dúvidas em lidar com este tipo de situações. Neste sentido, após conversa com os elementos do NHACJR, a Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Responsável, elaborei, em conjunto com os elementos do NHACJR, uma proposta de Orientação Técnica dirigida à equipa multidisciplinar do SUP (Apêndice XII), objectivando facilitar e uniformizar a actuação perante as situações de crianças maltratadas.

Durante este estágio, pude integrar os conhecimentos e experiências adquiridas nos locais anteriores sobre o papel do enfermeiro aos três níveis de prevenção. Com efeito, apesar de neste serviço predominar a actuação ao nível da prevenção secundária e terciária, uma vez que a maior parte das crianças recorre ao SUP com os factores de risco já identificados, ou mesmo já em situação de perigo, a equipa de enfermagem tem também um papel importante ao nível da prevenção primária, uma vez que pode aproveitar todos os momentos de prestação de cuidados para transmitir à família práticas de “bom trato” à criança. Estas podem passar por exemplo por estimular a vinculação, reforçar normas de segurança, fazer recomendações concretas e específicas em relação às dificuldades sentidas pela família, incluir os pais nos cuidados às crianças, promover o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e as necessidades das crianças, entre

outras. Qualquer que seja a modalidade da intervenção, segundo a Teoria de Neuman, o que se pretende é ajudar o cliente (neste caso a criança/família) a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do seu sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

O terceiro objectivo pretendeu **contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos**. Para tal, elaborei um plano de sessão de formação, que após ter sido aprovado pela Enfermeira Orientadora e pela Enfermeira Responsável, serviu como guia para as 2 sessões de formação realizadas, nas quais estiveram presentes no total 25 enfermeiros (Apêndice XIII).

1.7. Núcleo (Hospitalar) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Durante o estágio tive a oportunidade de participar em várias reuniões internas do NHACJR do Hospital, e entre este e os NACJR dos CS da área de abrangência. Com esta actividade pretendi **compreender o papel do enfermeiro nos Núcleos (Hospitalares) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (N(H)ACJR) na prevenção secundária e terciária dos maus tratos infantis**. Para a concretização deste objectivo criei um guião de entrevista (Apêndice III) que serviu de orientador ao longo de todos os contactos que tive com os vários elementos dos N(H)ACJR com quem tive a oportunidade de contactar.

De acordo com o Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro, no n.º 3.3, os CS e hospitais com atendimento pediátrico devem dispor de equipas pluridisciplinares, designadas por NACJR, no primeiro caso, e NHACJR, no segundo, que apoiem os profissionais nas intervenções neste domínio, articulando-se e cooperando com outros serviços e instituições. Segundo o mesmo Despacho, no sector dos CSP, cada NACJR é composto, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e outro(s) profissional(ais) de saúde, designadamente, das áreas de saúde mental e/ou do serviço social. Nos hospitais com atendimento pediátrico, o NHACJR é composto, no mínimo, por um médico pediatra, um enfermeiro e um técnico de serviço social, devendo, sempre que possível, integrar um profissional de saúde mental e/ou de outros sectores, nomeadamente, do jurídico, com formação na área.

Os NACJR e os NHACJR adquirem um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de primeiro nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera

de acção. Além disso, nos casos em que, pelas características e complexidade que apresentam, são merecedores de avaliação e acompanhamento que ultrapassam as possibilidades dos profissionais/equipas que directamente lidam com eles, os Núcleos permitem tornar mais exaustiva a mobilização e articulação dos recursos na intervenção de primeiro nível, já mencionada.

Por outro lado, os Núcleos permitem agilizar a comunicação com as CPCJ e Tribunais, no que respeita à comunicação dos casos que necessitam de transitar para segundo e terceiro níveis de intervenção. Além disso, contribuem, em larga medida, para que se torne efectivo o apoio continuado, quer no âmbito da aplicação de medidas determinadas pelas CPCJ e Tribunais, quer na continuidade do apoio prestado quando, na sequência daquelas, se conseguem reverter as situações de perigo e os processos são encerrados.

Tal como referido anteriormente, durante o estágio, tive a oportunidade de assistir a várias reuniões do NHACJR do Hospital onde estagiei. Este Núcleo reúne todas as semanas para discussão de casos sinalizados, de forma a decidir qual o encaminhamento a dar aos mesmos (seguimento em consulta do hospital, encaminhamento para a comunidade, para o Ministério Público, ou para a CPCJ). Para além disto, o NHACJR tem outras actividades como: sensibilizar os profissionais de saúde para a problemática das crianças e jovens em risco (através da realização de acções de formação) e fomentar a sua colaboração; difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto; organizar a informação casuística; funcionar como referência dos profissionais no que respeita à sinalização, gestão ou encaminhamento dos casos específicos detectados; assegurar mecanismos efectivos de cooperação com os CS e os respectivos NACJR; colaborar com outros interlocutores, projectos e recursos comunitários que, no primeiro nível de intervenção, contribuem para a protecção de crianças e jovens em risco (nomeadamente as escolas, os serviços sociais, as autarquias e outras estruturas da comunidade); assegurar a articulação funcional com as instâncias do segundo e do terceiro nível de intervenção (concretamente as CPCJ, o Ministério Público e os Tribunais), de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor.

No que respeita ao papel do enfermeiro enquanto membro do N(H)ACJR, este passa pela identificação de situações de risco, discussão dessas situações com os restantes elementos do Núcleo e o respectivo estabelecimento do Plano de Intervenção e Apoio à Família, acompanhamento da situação da criança e família através de visitas domiciliárias e/ou das consultas de enfermagem (no caso do enfermeiro do NACJR). Por

outro lado, pela relação de proximidade que o enfermeiro estabelece com a criança e família, quer seja ao nível dos CSP, quer seja ao nível do internamento hospitalar ou do serviço de urgência, o enfermeiro tem um importante papel na colheita de dados sobre a criança e família (acerca da situação de saúde, escolar, socioeconómica,...). Outro papel importante do enfermeiro passa pela formação dos pares, a sensibilização para esta temática e a criação de procedimentos e protocolos para o encaminhamento das situações de risco. O enfermeiro é um importante elemento de ligação entre toda a equipa multidisciplinar, quer dos N(H)ACJR, quer das próprios serviços de saúde, tendo um papel importante na articulação inter e intra-institucional, permitindo desta forma a troca de informações.

A DGS (2007, p. 8) recomenda que cada elemento do Núcleo deve “estar motivado e capacitado para a intervenção junto de crianças e jovens, em particular, nos contextos de risco, ter formação e/ou experiência de trabalho nas áreas do desenvolvimento infantil e juvenil, assim como no dos maus tratos”. Deste modo, considera-se que a presença de um EESIP nos N(H)ACJR oferece importantes contributos tendo em conta as suas competências técnicas mas essencialmente relacionais, sendo que esta é essencial para o estabelecimento de uma comunicação eficaz com a criança e família. Tal como se descreve no Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro (p. 8653), o EESIP “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. Para o EESIP a criança e família são indissociáveis, pelo que todo o trabalho realizado no âmbito da criança em risco é direccionado não só para a criança mas também para a família. Com efeito, durante as reuniões a que assisti pude constatar esta realidade, uma vez que não só se estabeleciam planos para ajudar as crianças em risco, como também se discutiam formas para ajudar a família (quer seja ao nível de ajudas sociais, económicas ou mesmo de cuidados de saúde).

Tendo em conta tudo isto, esta actividade tornou-se num importante contributo para o desenvolvimento de competências do EESIP nomeadamente da Unidade de Competência *E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*, descrita pelo Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro.

2. SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O percurso pelos diferentes locais de estágio teve como um dos objectivos gerais prestar cuidados especializados de grande complexidade e com elevado grau de qualidade aos vários níveis (científico, técnico e humano) à criança e sua família no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.

De acordo com o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, espera-se do enfermeiro especialista competências ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Foi com base neste pressuposto que ao longo do estágio nos diferentes locais desenvolvi um conjunto de actividades com vista a adquirir/desenvolver estas competências. Estas actividades foram descritas no decorrer do capítulo anterior e passaram por: prestar cuidados com respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais; promover práticas de cuidados de qualidade e baseados na evidência científica; sugerir a criação de projectos institucionais; gerir os cuidados em articulação com as Enfermeiras Orientadoras e os restantes elementos das equipas; realizar auto-formação e partilhar os conhecimentos adquiridos/aprofundados; transmitir às equipas conhecimentos que permitem a prestação de cuidados de maior qualidade e de um modo mais uniformizado.

Segundo o Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (p.8648),

“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

O ponto de partida para o estabelecimento dos objectivos do projecto de estágio foi o autodiagnóstico de competências realizado na Unidade Curricular Opção II. Na sua realização, constatei que uma das minhas principais necessidades de desenvolvimento de competências era ao nível do conhecimento dos processos de tomada de decisão.

Segundo o International Council of Nursing (2009), o parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro são essenciais para a prestação de cuidados individualizados aos doentes e suas famílias. Com efeito, os actos profissionais decorrem de um processo de

tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base no raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica.

Ao longo do percurso de estágio, as experiências vividas e as actividades desenvolvidas foram um importante contributo para o desenvolvimento da competência da tomada de decisão. Além disso, a pesquisa bibliográfica, necessária ao longo do estágio, promoveu a percepção da importância da prática baseada na evidência para a qualidade dos cuidados, sustentando, por seu lado, a tomada de decisão. Aplicando o conhecimento adquirido a partir da investigação e da teoria de Enfermagem penso, desta forma, ter contribuído para a transição de uma prática centrada nos modelos biomédicos, para uma prática sustentada em saber de Enfermagem e evidência científica, desenvolvendo, deste modo, competências para a tomada de decisão.

No que diz respeito às competências específicas do EESIP, encontram-se definidas no n.º 1 do Artigo 4º do Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro e são: a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Tendo em conta que o meu percurso profissional sempre se desenvolveu no SUP, as experiências vivenciadas nos vários contextos de estágio (cuidados de saúde primários, internamento, cuidados intermédios, urgência e consulta), bem como as diversas actividades desenvolvidas em cada um deles, tornaram-se num grande contributo para o meu desenvolvimento das competências de EESIP, tal como foi descrito no decorrer do capítulo anterior. Tendo sempre presente o modelo conceptual centrado na criança e família, encarando este binómio como alvo dos cuidados, trabalhei em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestei cuidados à criança saudável e doente, proporcionei educação para a saúde e identifiquei recursos de suporte à família.

Durante o estágio tive a oportunidade de trabalhar com crianças vítimas de maus tratos, crianças com deficiência ou com risco de atraso de desenvolvimento, crianças com doenças crónicas, crianças com doenças alérgicas, crianças com perturbações emocionais e comportamentais, jovens sedentários e com desequilíbrios nutricionais, e ainda com crianças saudáveis. Esta diversidade de experiências foi importante para o meu desenvolvimento de competências de EESIP, já que, considerando as actuais tendências e necessidades de cuidados descritas pela OE (2011), é vasto o domínio de intervenção da enfermagem especializada em Saúde da Criança e do Jovem.

3. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM

O segundo objectivo geral traçado para este estágio foi **iniciar um Programa de Intervenção em Enfermagem para detecção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos**. Com este programa, destinado às equipas de enfermagem do Hospital onde presto funções, pretendi contribuir para a detecção precoce de situações de maus tratos, bem como o seu correcto encaminhamento e a prestação de cuidados de enfermagem adequados a estas situações de elevada complexidade. Tendo em conta que a intervenção dos maus tratos se procede a três níveis de prevenção (primário, secundário e terciário), foi meu objectivo abranger actividades neste programa que intervissem a estes três níveis. Assim, este programa passa essencialmente por 3 actividades: formação, criação de instrumentos e elaboração de normas.

Na opinião de Magalhães (2005), muitas vezes, é a desinformação profissional que impede que se detectem e tratem os casos de maus tratos de forma atempada e correcta, pelo que é necessário potenciar os meios e as estratégias adequadas para intervir precocemente. A Generalitat Valenciana (2010, p. 54) acrescenta que “a formação no domínio dos maus tratos é necessária, na medida em que sensibiliza para a detecção dos casos e oferece ao profissional ferramentas para a compreensão e a abordagem destas situações.”

Umas das etapas definidas para este programa passa então por capacitar as equipas de enfermagem para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados à criança em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos. Para a concretização desta actividade foram planeadas e realizadas várias sessões de formação específicas para os enfermeiros dos serviços onde estagiei, tal como foi descrito no capítulo 1.

Para além disso, concomitantemente surgiu o convite, por parte da Enfermeira Coordenadora da Formação e Projectos Transversais do Hospital, para realizar a formação do Módulo 3 - Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco - da Formação Inicial para Enfermeiros, obrigatória para todos os enfermeiros do Hospital. Esta formação foi realizada em conjunto com o Enfermeiro Responsável do Serviço de Urgência Geral, sendo que foi dividida em 2 partes: uma direccionada para os maus tratos infantis e que foi realizada por mim, outra direccionada para a violência em adultos e que foi realizada pelo Enfermeiro Responsável do Serviço de Urgência Geral. Num total de 7 sessões, foram assim formados 224 enfermeiros. No Apêndice XIV encontram-se os

instrumentos relativos a esta sessão de formação. Antecedendo a sessão de formação, e de forma a permitir uma revisão teórica de forma simples e organizada, foram compilados um conjunto de textos e documentos sobre a temática, tendo sido fornecidos via e-mail a todos os enfermeiros do Hospital, e que serviram igualmente de suporte teórico para a sessão de formação. A participação dos enfermeiros foi geral, tendo-se tornado num excelente momento para partilha de experiências face a situações vivenciadas e esclarecimento de dúvidas. A avaliação feita pelos enfermeiros acerca da sessão foi bastante positiva, tendo considerado a pertinência do tema na prestação de cuidados, pois conceptualizaram a importância da prevenção de maus tratos na protecção dos direitos das crianças e nos deveres dos profissionais de saúde.

De acordo com a Generalitat Valenciana (2010), os serviços de saúde devem facilitar a transmissão da informação e dispor de instrumentos que permitam recolher de forma ordenada e sistemática as características dos maus tratos. Partindo deste pressuposto, planeei a proposta de instrumentos que ajudem os enfermeiros na detecção de factores de risco para os maus tratos, nomeadamente a falta de competências parentais (a ser aplicada pelos enfermeiros da UCERN), e no encaminhamento das situações de maus tratos (através do preenchimento do relatório de enfermagem no Internamento de Pediatria). A elaboração destas propostas foi descrita no capítulo 1.

A Generalitat Valenciana (2010) recomenda também aos serviços de saúde a criação de protocolos de intervenção que facilitem e sistematizem o tratamento destas situações. Deste modo, outra actividade realizada durante o estágio foi a elaboração de propostas de normas de actuação. Assim, elaborei, em conjunto com a Enfermeira Responsável da CEP, uma proposta de Procedimento de Enfermagem para o despiste de PEA, tendo em vista a prevenção primária dos maus tratos. Dirigido à equipa do SUP, e tendo em vista a prevenção secundária e terciária dos maus tratos, elaborei em conjunto com os elementos do NHACJR a Orientação Técnica “Avaliação e prestação de cuidados no Serviço de Urgência Pediátrica a vítimas de abuso físico e/ou sexual”.

De realçar que, para a concretização das actividades anteriormente descritas foram um grande contributo todas as experiências e as entrevistas realizadas aos profissionais com quem contactei ao longo do estágio e todo o trabalho de pesquisa bibliográfica realizado. Foi igualmente um contributo importante a minha participação no “11º Congresso Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses”, que decorreu nos dias 9 e 10 de Novembro de 2012 (Apêndice XV).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sentido de desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a concepção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família, no decorrer do 3º semestre mobilizei diversos meios e recursos na procura de um cuidar de excelência, não só às crianças alvo do projecto - as crianças maltratadas - mas também a todas as outras crianças e famílias com quem contactei.

A experiência de estágio revelou-se bastante enriquecedora, uma vez que permitiu a vivência de experiências e situações que contribuíram para a minha formação, não só profissional como também pessoal. Por outro lado, conduziu constantemente à necessidade de reflexão e análise, contribuindo assim para o meu desenvolvimento de juízo crítico. A realização do estágio nos diversos serviços de saúde permitiu explorar, aprender, conhecer, compreender e partilhar sobre a temática escolhida, oferecendo-lhe uma maior visibilidade e despertando a necessidade de debate e reflexão sobre a mesma. Por outro lado, com as actividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, e nomeadamente com a proposta do Programa de Intervenção em Enfermagem, acredito que deixei conhecimentos e contributos para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às crianças e famílias, a avaliar pela adesão demonstrada por parte das equipas de enfermagem com quem contactei.

Ao longo do estágio conseguiu-se que a temática dos maus tratos infantis fosse transversal a todos os locais por onde passei, conjugando-se necessidades intrínsecas e extrínsecas ao processo de aprendizagem, efectuando-se uma gestão de meios e recursos que potenciasssem esta actuação e mantendo-se uma linha orientadora de todo o percurso realizado.

O modelo teórico adoptado, o Modelo Sistémico de Neuman, permitiu ver a criança/jovem inserida num sistema (fosse ele a família, a comunidade ou a instituição hospitalar), cujo processo saúde-doença está em permanente interacção com o meio ambiente e é afectado por diferentes factores de stresse, causando-lhe desequilíbrio. As minhas reflexões e intervenções tiveram lugar quer neste desequilíbrio (potenciando os recursos da criança/família para que atingisse novamente o equilíbrio do seu sistema), quer na fase de equilíbrio (permitindo à criança/família manter a sua homeostasia). Estas intervenções tiveram em consideração a óptica de Neuman (1989), segundo a qual as

intervenções de enfermagem são feitas através de três formas de prevenção (primária, secundária e terciária), de modo a obter um nível máximo de bem-estar.

Dada a complexidade que envolve a temática abordada, surge a consciência de que há ainda um longo caminho por percorrer e que existem inúmeras contrariedades que necessitam de ser ultrapassadas. Contudo, considero que pequenos passos foram dados face à prevenção dos maus tratos infantis. Desde a sensibilização dos profissionais para esta problemática, ao fortalecimento da parentalidade e vinculação entre pais e crianças, à sugestão de protocolos, normas e orientações técnicas, ao apoio e protecção da criança já maltratada, muitas são as mais-valias que enfermeiros podem proporcionar à criança como forma de prevenção primária, secundária e terciária.

Em suma, emerge deste processo evolutivo a noção de que o EESIP é um mobilizador de recursos, sendo o elo de ligação entre os diversos contextos institucionais, criança/família e comunidade, garantindo que os ganhos em saúde sejam de facto uma realidade. Para isso, necessita de um amplo referencial teórico e de uma prática reflexiva que lhe permita dispor de competências específicas que contribuam para mudar as realidades e construir um cuidar com um elevado grau de adequação às necessidades de saúde da criança e família.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011) definem como focos de intervenção do EESIP: a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Nesta perspectiva, considero ter atingido os objectivos a que me propus e que me foram proporcionadas experiências formativas altamente enriquecedoras que me permitiram adquirir/desenvolver competências num leque alargado de domínios (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais) que contribuirão para atingir a tão desejada excelência dos cuidados de enfermagem especializados. Foram também desenvolvidas competências específicas do EESIP, traduzidas numa prestação de cuidados em parceria ao binómio criança/família, em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento e com mobilização de recursos para cuidar em situações de particular exigência.

Foram algumas as dificuldades que surgiram ao longo deste percurso de estágio, nomeadamente, burocracias, escassez de recursos materiais e humanos e a conjugação da vida profissional e de estudante. No entanto, não inibiram o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, mas antes, fortificaram-no e impulsionaram-no, promovendo a negociação, adaptação às variadas situações e contorno de obstáculos, de forma a atingir a consecução dos objectivos propostos.

Termina-se este relatório com a convicção de que a utilização conjunta das diferentes estratégias adoptadas no decorrer deste processo formativo contribuíram para a melhoria da assistência da criança/família em situação de risco ou vítima de maus tratos e favoreceu uma prática de enfermagem mais orientada e sistematizada, facilitando a detecção precoce e o encaminhamento de situações de risco, agilizando-se desta forma o processo de cuidar adaptado às necessidades e especificidades destas crianças/famílias.

Por outro lado, pretende-se que este seja o início de um percurso com vista à melhoria da qualidade dos cuidados à criança/família vítima de maus tratos. Para tal, pretendo futuramente dar continuidade ao trabalho até aqui realizado, contribuindo com as aprendizagens e competências adquiridas ao longo deste processo formativo. Após a conclusão do estágio surgiu o convite para participar num Simpósio de Enfermagem Pediátrica onde fiz uma apresentação com o tema “Maus tratos infantis: a importância da notificação”. Para além disso, tendo em conta que o enfermeiro especialista contribui também para o progresso da profissão através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência, gostaria igualmente de dar contributos na área da investigação, numa tentativa de aumentar o conhecimento sobre esta problemática. Com efeito, penso que futuras investigações relacionadas com as várias medidas de prevenção dos maus tratos seriam úteis para demonstrar a sua eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychology*, 44 (4), 709-716.
- Andraus, L. M. S., Minamisava, R., & Munari, D. B. (2004). Desafios da enfermagem no cuidado à criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 3 (2), 203-208.
- Aviso n.º 10530/2011 de 11 de Maio. Ciclo de estudos especiais em Pediatria do Neurodesenvolvimento. Diário da República 2.ª série, N.º 91 (11-5-2011), 20435-20438.
- Azevedo, M., & Maia, A. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bértolo, H., & Levy, L. (2008). *Manual de aleitamento materno* (ed. rev.). Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Calheiros, M., & Monteiro, M. B. (2000). Mau trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 34, 145-176.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. A. Glasper, & A. Tucker (Eds.), *Advances in child health nursing* (pp.183-189). Harrow: Scutari Press.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal cares. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (6), 1058-1062.
- Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (2010). *Relatório anual de avaliação da actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens - 2010*. Consultado em 15 de Março de 2013 através de http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3453&m=PDF
- Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (2012). *Relatório anual de avaliação da actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens - 2012*. Consultado em 15 de Março de 2013 através de http://www.cnpcjr.pt/Relatorio_2012_28maio.pdf
- Costa, R., Klock, P., & Locks, M. O. H. (2012). Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, 20 (3), 349-353.

- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. Diário da República 1.ª série, N.º 161 (22-8-2007), 5587-5596.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República 1.ª série, N.º 193 (6-10-2009), 7298-7301.
- Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro. Diário da República 2.ª série, N.º 236 (5-12-2008), 49207-49231.
- European Association for Children in Hospital (1988). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: IAC.
- European Association for Children in Hospital (2009). *Carta da Criança Hospitalizada (Anotações)*. Lisboa: IAC.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2005). Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *Int. J. Neurosci*, 115 (10), 1397-1413.
- Generalitat Valenciana. Consejería de Bienestar Social (2010). *Promoção e protecção dos direitos da criança: guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Valencia: Generalitat Valenciana (Obra original publicada em 2004).
- Gomes, R. M., & Nunes, C B. (2006). Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica. *Ensaio e Ciência*, 10 (1), 223-237.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora (Obra original publicada em 1982).
- International Council of Nursing (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos da CIPE*. Lisboa: OE.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Diário da República I Série A, N.º 204 (1-9-1999), 6115-6132.

- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República 1.ª série, N.º 180 (16-9-2009), 6528-6550.
- Leininger, M. (1998). Enfermagem transcultural: um imperativo da enfermagem mundial. *Revista Enfermagem*, 10 (2), 32-36.
- Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices* (2nd ed.). New York: Mc Graw-Hill.
- Linha Rara (2013). Consultado em 20 de Junho de 2013 através de <http://www.linharara.pt>
- Madeira, A. F. (2011). *Considerações culturais no mau trato*. Consultado em 15 de Março de 2013 através de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0596.pdf>
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais* (4ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Marques, S. M. N., & Sá, M. G. S. (2004). Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade. *Referência*, 11, 33-41.
- Neuman, B. (1989). *The Neuman System Model* (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lang.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.) Boston: Pearson.
- Nyström, K., & Öhring, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330.
- Oliveira, G. (2009a). Autismo: cuidados primários de saúde. *Rev Port Clin Geral*, 25, 688-695.
- Oliveira, G. (2009b). Autismo: diagnóstico e orientação. Parte I – Vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (6), 278-287.
- Oliveira, G., Duque, F., Duarte, C., Melo, F., Teles, L., Brito, M., Vale, M. C., Guimarães, M. J., & Gouveia, R. (2012). Pediatria do neurodesenvolvimento. Levantamento nacional de recursos e necessidades. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43 (1), 1-7.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE.

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de posição sobre protecção de crianças*. Consultado em 25 de Outubro de 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007_2.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Cadernos OE, 1* (3). Consultado em 30 de Novembro de 2012 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Consultado em 15 de Novembro de 2012 através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer n.º18/2011 (Parecer sobre a utilização de terapias complementares na prática de Enfermagem baseadas na CIPE)*. Consultado em 29 de Março de 2013 através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoEnfermagem.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE, 1* (6). Consultado em 30 de Março de 2013 através de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Organización Mundial de la Salud & UNICEF (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: OMS.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2010). Avaliação da parentalidade no quadro da protecção à infância. *Temas em Psicologia, 18* (2), 499-517.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2002). Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 08/02/2002. Notícia de nascimento. Consultado a 20 de Novembro de 2012 através de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>

- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14/06/2003. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Consultado em 15 de Fevereiro de 2013 através de http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2005). *Saúde infantil e juvenil: programa-tipo de actuação* (2ª ed.). Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2007). *Crianças e jovens em risco - projecto de intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: DGS. Consultado em 15 de Outubro de 2013 através de <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx>
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde (Documento técnico)*. Lisboa: DGS. Consultado em 15 de Outubro de 2013 através de <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx>
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2011a). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS. Consultado em 15 de Outubro de 2013 através de <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx>
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2011b). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: DGS. Consultado em 5 de Novembro de 2012 através de <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/vacinacao.aspx>
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2012). Orientação n.º 022/2012 de 18/12/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Consultado em 10 de Novembro de 2013 através de <http://www.dgs.pt/?cr=23408>
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2013). Norma n.º 010/2013 de 31/5/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Consultado em 14 de Dezembro de 2013 através <http://www.dgs.pt/?cr=24435>

- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-2- 2011), 8648-8653.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18-2- 2011), 8653-8655.
- Rodrigues, S. P. F. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Dissertação de Mestrado em Supervisão, Universidade de Aveiro.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Santos, C. Q., & Figueiredo, M. C. B. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Rev. Enf. Ref.*, III (9), 55-65.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2013). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo - 2012*. Oeiras: SEF.
- Silva, F., Andrade, P., Barbosa, T., Hoffmann, M., & Macedo, C. (2009). Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, 13 (2), 334-341.
- Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Woodcock, J. (2003). The social work assessment of parenting: an exploration. *British Journal of Social Work*, 33 (1), 87-106.
- World Health Organization (2013) *Chronic diseases*. Consultado em 20 de Junho de 2013 através de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do Estágio

CRONOGRAMA DO ESTÁGIO

Anos	2012														2013										
Meses	Outubro					Novembro				Dezembro					Janeiro					Fevereiro				Mar	
Dias	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20		3	7	14	21	28	4	11	18	25	4	
	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19		2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	
Introdução ao Estágio													Férias de Natal												
Seminários				23				20				18					15								
Consulta Externa de Pediatria																									
Centro de Neurodesenvolvimento																									
Unidade de Saúde Familiar																									
Unidade de Cuidados Especiais ao Recém- Nascido																									
Internamento de Pediatria																									
Serviço de Urgência Pediátrica																									
Orientações Tutoriais																									

Férias de Natal

Apêndice II – Objectivos Específicos nos Diferentes Locais de Estágio

OBJECTIVOS DE ESTÁGIO NA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

Objectivo 1 - Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da Consulta Externa de Pediatria, assim como os processos de trabalho.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação à Enfermeira Responsável e à Enfermeira Orientadora; ▪ Visita ao serviço na companhia da Enfermeira Orientadora; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora sobre a organização e a dinâmica funcional do serviço, os processos de trabalho, as características dos clientes do serviço e as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os projectos planeados e/ou em curso; ▪ Interacção com a equipa multidisciplinar; ▪ Consulta de procedimentos e normas institucionais; ▪ Exploração livre do serviço no que diz respeito à localização dos materiais e equipamentos e outros recursos necessários ao desempenho de funções. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Enfermeira Responsável ▪ Equipa de enfermagem ▪ Equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista ▪ Procedimentos e normas do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interacções efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 2 - Desenvolver competências profissionais inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante da prestação de cuidados de enfermagem; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora no sentido de identificar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados; ▪ Acompanhamento da Enfermeira Orientadora: <ul style="list-style-type: none"> □ no planeamento e na prestação directa de cuidados à criança/família; □ na gestão dos cuidados de enfermagem; □ na gestão da equipa de enfermagem; □ nos processos de tomada de decisão; □ na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para a criança/família; □ na articulação com outras instituições de saúde e recursos da comunidade que se revelem necessários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem ▪ Crianças ▪ Família 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 3 - Compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na Consulta Externa de Pediatria.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pesquisa bibliográfica e de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora sobre a prestação de cuidados de enfermagem a crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos; ▪ Elaboração de uma proposta de procedimento de enfermagem para detecção e encaminhamento de crianças com factores de risco para o seu desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 4 - Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora para diagnóstico das necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros na detecção, identificação e encaminhamento de crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos; ▪ Realização de uma sessão de formação adequada às necessidades formativas dos enfermeiros sobre crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista ▪ Plano de sessão ▪ Computador ▪ Data-show ▪ Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão de formação ▪ Relatório Final

OBJECTIVOS DE ESTÁGIO NO CENTRO DE NEURODESENVOLVIMENTO

Objectivo 1 - Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional do Centro de Neurodesenvolvimento, assim como os processos de trabalho.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação à coordenadora do Centro de Neurodesenvolvimento; ▪ Visita ao Centro de Neurodesenvolvimento na companhia da coordenadora; ▪ Entrevista semi-estruturada à coordenadora sobre a organização e a dinâmica funcional do Centro de Neurodesenvolvimento, os processos de trabalho, as características dos clientes e as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os projectos planeados e/ou em curso; ▪ Observação das consultas; ▪ Interação com a equipa multidisciplinar; ▪ Consulta de procedimentos e normas institucionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordenadora do Centro de Neurodesenvolvimento ▪ Equipa multidisciplinar ▪ Crianças ▪ Família 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista ▪ Procedimentos e normas do centro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 2 - Aprofundar conhecimentos sobre as perturbações do neurodesenvolvimento.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades de formação sentidas; ▪ Pesquisa de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordenadora do Centro de Neurodesenvolvimento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório final

OBJECTIVOS DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Objectivo 1 - Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da Unidade de Saúde Familiar, assim como os processos de trabalho.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação à Enfermeira Responsável e à Enfermeira Orientadora; ▪ Visita ao serviço na companhia da Enfermeira Orientadora; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora sobre a organização e a dinâmica funcional do serviço, os processos de trabalho, as características dos clientes do serviço e as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os projectos planeados e/ou em curso; ▪ Interação com a equipa multidisciplinar; ▪ Pesquisa bibliográfica sobre as reformas e organização dos cuidados de saúde primários; ▪ Consulta de procedimentos e normas institucionais; ▪ Exploração livre do serviço no que diz respeito à localização dos materiais e equipamentos e outros recursos necessários ao desempenho de funções. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Enfermeira Responsável ▪ Equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista ▪ Bibliografia ▪ Procedimentos e normas do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 2 - Desenvolver competências profissionais inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante da prestação de cuidados de enfermagem; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora no sentido de identificar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados; ▪ Acompanhamento da Enfermeira Orientadora: <ul style="list-style-type: none"> □ no planeamento e na prestação directa de cuidados à criança/família; □ na gestão dos cuidados de enfermagem; □ na gestão da equipa de enfermagem; □ nos processos de tomada de decisão; □ na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para a criança/família; □ na articulação com outras instituições de saúde e recursos da comunidade que se revelem necessários. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem ▪ Crianças ▪ Família 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 3 - Compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na Unidade de Saúde Familiar.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pesquisa bibliográfica e de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem; ▪ Participação em eventos de formação relacionados com a temática dos maus tratos; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora sobre as problemáticas mais frequentes na comunidade relacionadas com a criança em risco, o tipo de actuação/protocolos existentes com o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e as necessidades actuais do serviço relativamente a esta temática; ▪ Participação numa reunião do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; ▪ Entrevista semi-estruturada ao Enfermeiro do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem ▪ Equipa do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 4 - Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora sobre as necessidades formativas da equipa de enfermagem sobre crianças em risco; ▪ Elaboração de um questionário para diagnóstico das necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros na detecção, identificação e encaminhamento de crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos; ▪ Realização de uma sessão de formação adequada às necessidades formativas dos enfermeiros sobre crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista ▪ Questionário ▪ Plano de sessão de formação ▪ Computador ▪ Data-show 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório das necessidades de formação ▪ Avaliação da sessão de formação ▪ Relatório Final

OBJECTIVOS DE ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS AO RECÉM-NASCIDO

Objectivo 1 - Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido, assim como os processos de trabalho.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação à Enfermeira Responsável e à Enfermeira Orientadora; ▪ Visita ao serviço na companhia da Enfermeira Orientadora; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora sobre a organização e a dinâmica funcional do serviço, os processos de trabalho, as características dos clientes do serviço e as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os projectos planeados e/ou em curso; ▪ Interação com a equipa multidisciplinar; ▪ Consulta de procedimentos e normas institucionais; ▪ Exploração livre do serviço no que diz respeito à localização dos materiais e equipamentos e outros recursos necessários ao desempenho de funções. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Enfermeira Responsável ▪ Equipa de enfermagem ▪ Equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimentos e normas do serviço ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 2 - Desenvolver competências profissionais inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido/família.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante da prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora no sentido de identificar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados; ▪ Realização de pesquisa bibliográfica e de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem; ▪ Acompanhamento da Enfermeira Orientadora: <ul style="list-style-type: none"> □ no planeamento e na prestação directa de cuidados ao recém-nascido/família; □ na gestão dos cuidados de enfermagem; □ na gestão da equipa de enfermagem; □ nos processos de tomada de decisão; □ na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para o recém-nascido/família; □ na preparação para a alta do recém-nascido e continuidade de cuidados no domicílio e/ou articulação com outras instituições de saúde e recursos da comunidade, em especial nas famílias de risco identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem ▪ Recém-nascidos ▪ Família 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interacções efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 3 - Compreender o papel do enfermeiro na prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a prevenção dos maus tratos, nomeadamente sobre a promoção do desenvolvimento das competências parentais e da vinculação; ▪ Pesquisa de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem na prevenção dos maus tratos; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora sobre a prestação de cuidados de enfermagem a recém-nascidos em risco; ▪ Elaboração de uma proposta de instrumento para avaliação das competências parentais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interacções efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 4 - Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido em risco de maus tratos.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora para diagnóstico das necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros na detecção, identificação e encaminhamento de recém-nascidos em risco de maus tratos; ▪ Realização de uma sessão de formação adequada às necessidades formativas dos enfermeiros sobre recém-nascidos em risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de sessão de formação ▪ Guião de entrevista ▪ Computador ▪ Data-show ▪ Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão de formação ▪ Relatório Final

OBJECTIVOS DE ESTÁGIO NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Objectivo 1 - Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional do Internamento de Pediatria, assim como os processos de trabalho.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação à Enfermeira Responsável/Enfermeira Orientadora; ▪ Visita ao serviço na companhia da Enfermeira Orientadora; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora sobre a organização e a dinâmica funcional do serviço, os processos de trabalho, as características dos clientes do serviço e as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os projectos planeados e/ou em curso; ▪ Interação com a equipa multidisciplinar; ▪ Consulta de procedimentos e normas institucionais; ▪ Exploração livre do serviço no que diz respeito à localização dos materiais e equipamentos e outros recursos necessários ao desempenho de funções. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Responsável/Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem ▪ Equipa multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimentos e normas do serviço ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 2 - Desenvolver competências profissionais inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante da prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família; ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora no sentido de identificar as necessidades em cuidados de enfermagem especializados; ▪ Realização de pesquisa bibliográfica e de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem; ▪ Acompanhamento da Enfermeira Orientadora: <ul style="list-style-type: none"> □ no planeamento e na prestação directa de cuidados à criança/família; □ na gestão dos cuidados de enfermagem; □ na gestão da equipa de enfermagem; □ nos processos de tomada de decisão; □ na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para a criança/família; □ na preparação para a alta da criança e continuidade de cuidados no domicílio e/ou articulação com outras instituições de saúde e recursos da comunidade, em especial nas famílias de risco identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem ▪ Crianças ▪ Família 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interacções efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 3 - Compreender o papel do enfermeiro no Internamento de Pediatria aos três níveis prevenção na área dos maus tratos infantis.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a prevenção dos maus tratos; ▪ Pesquisa de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem na prevenção dos maus tratos; ▪ Realização de uma proposta de Relatório-tipo de enfermagem para situações de maus tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interacções efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 4 - Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Orientadora para diagnóstico das necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros na detecção, identificação e encaminhamento de crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos; ▪ Realização de uma sessão de formação adequada às necessidades formativas dos enfermeiros sobre crianças em risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guião de entrevista ▪ Plano de sessão de formação ▪ Computador ▪ Data-show ▪ Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão de formação ▪ Relatório Final

OBJECTIVOS DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Objectivo 1 - Desenvolver competências profissionais inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família no Serviço de Urgência Pediátrica.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante da prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família; ▪ Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades de formação sentidas; ▪ Pesquisa de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem; ▪ Acompanhamento da Enfermeira Orientadora: <ul style="list-style-type: none"> □ no planeamento e na prestação directa de cuidados à criança/família; □ na gestão dos cuidados de enfermagem; □ na gestão da equipa de enfermagem; □ nos processos de tomada de decisão; □ na abordagem a situações de maior complexidade ou de risco para a criança/família; □ na preparação para a alta da criança e continuidade de cuidados no domicílio e/ou articulação com outras instituições de saúde e recursos da comunidade, em especial nas famílias de risco identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem ▪ Crianças ▪ Família 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 2 - Compreender o papel do enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica aos três níveis de prevenção dos maus infantis.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pesquisa bibliográfica e de evidências científicas que sustentem a prática de cuidados de enfermagem na prevenção dos maus tratos; ▪ Entrevista semi-estruturada aos elementos do NHACJR; ▪ Elaboração de uma norma de actuação para a equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Pediátrica perante a criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa multidisciplinar ▪ Elementos do NHACJR 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografia ▪ Bases científicas ▪ Guião de entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão sobre observações e interações efectuadas ▪ Relatório final

Objectivo 3 - Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS		CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
	Humanos	Materiais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Levantamento das necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros na detecção, identificação e encaminhamento de crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos; ▪ Realização de uma sessão de formação adequada às necessidades formativas dos enfermeiros sobre crianças em risco/vítimas/suspeitas de maus tratos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeira Orientadora ▪ Equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de sessão de formação ▪ Computador ▪ Data-show ▪ Questionário 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da sessão de formação ▪ Relatório Final

Apêndice III – Guiões de Entrevistas

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar do tema que motiva a entrevista, solicitando ajuda; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo; • Estabelecer um clima de empatia. 		
Desenvolvimento	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Observações
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da Consulta Externa de Pediatria (CEP), assim como os processos de trabalho. 2. Desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família. 3. Compreender o papel do enfermeiro ao nível de prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na CEP. 4. Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona a CEP? 2. Como se articula com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade? Que parcerias e protocolos têm? 3. Que valências existem na CEP? 4. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 5. Como é constituída a equipa de enfermagem? 6. Qual a metodologia de trabalho? 7. Os cuidados de enfermagem na CEP tem subjacente algum modelo teórico específico? 8. Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem? 9. Qual o seu contributo como EESIP para os cuidados na CEP? 10. Têm algum protocolo/norma relacionada com as crianças em risco? 11. Quando se deparam com uma situação de maus tratos o que fazem? Como actuam? Que recursos têm? 12. Como articulam com o NHACJR? 13. Os enfermeiros fizeram algum tipo de formação no âmbito dos maus tratos? 14. Considera pertinente uma formação neste âmbito? 	<p>Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante</p> <p>Utilizar questões abertas</p> <p>Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta activa</p>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e reforço da importância da sua participação; • Salvaguardar garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. 		

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À COORDENADORA DO CENTRO DE NEURODESENVOLVIMENTO

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o tema que motiva a entrevista, solicitando ajuda; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo; • Estabelecer um clima de empatia. 		
Desenvolvimento	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Observações
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional do Centro de Neurodesenvolvimento (CN), assim como os processos de trabalho. 2. Aprofundar conhecimentos sobre as perturbações do neurodesenvolvimento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona o CN? 2. Como se articula com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade? Que parcerias e protocolos têm? 3. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 4. Porque é que a equipa multidisciplinar do CE não integra um enfermeiro? Não sente a necessidade de um enfermeiro na equipa? 5. Qual o percurso da criança desde a admissão até ao encaminhamento/alta? 6. Que tipo de crianças são observadas neste CN? 7. Que dados estatísticos têm (nº de crianças, patologias, idades,...)? 8. Têm algum protocolo/norma relacionada com as crianças em risco? 9. Já alguma vez se depararam com uma situação de maus tratos? Como actuaram? Como articulam com o NHACJR? 	<p>Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante</p> <p>Utilizar questões abertas</p> <p>Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta ativa</p>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e reforço da importância da sua participação; • Salvaguardar garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. 		

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o tema que motiva a entrevista, solicitando ajuda; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo; • Estabelecer um clima de empatia. 		
Desenvolvimento	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Observações
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da Unidade de Saúde Familiar (USF), assim como os processos de trabalho. 2. Desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família. 3. Compreender o papel do enfermeiro ao nível da prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na USF. 4. Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona a USF? 2. Como se relacionam com as restantes unidades funcionais e centro de saúde? Que parcerias e protocolos? 3. Que valências existem na USF? 4. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 5. Como é constituída a equipa de enfermagem? 6. Qual a metodologia de trabalho? Em que consiste o enfermeiro de família? 7. Os cuidados de enfermagem na USF tem subjacente algum modelo teórico específico? 8. Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem? CIPE? SAPE? 9. Qual o seu contributo como EESIP para os cuidados na USF? 10. Têm algum protocolo/norma relacionada com as crianças em risco? 11. Quando se deparam com uma situação de maus tratos o que fazem? Como actuam? Que recursos têm? 12. Têm algum profissional de referência/dinamizador nesta área? 13. Como articulam com o NACJR? 14. Os enfermeiros fizeram algum tipo de formação no âmbito dos maus tratos? 15. Considera pertinente uma formação neste âmbito? 	<p>Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante</p> <p>Utilizar questões abertas</p> <p>Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta activa</p>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e reforço da importância da sua participação; • Salvaguardar garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. 		

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS ELEMENTOS DOS NÚCLEOS (HOSPITALARES) DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar do tema que motiva a entrevista, solicitando a sua ajuda; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo; • Estabelecer um clima de empatia. 		
Desenvolvimento	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Observações
	1. Compreender o papel do enfermeiro nos Núcleos (Hospitalares) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (N(H)ACJR) na prevenção secundária e terciária dos maus tratos infantis.	1. Como é constituído o N(H)ACJR? 2. Quais os seus objectivos e funções? 3. Como é a sua dinâmica e funcionamento? Com que periodicidade reúnem? 4. Como se relaciona o N(H)ACJR com as unidades de saúde? Tem algumas parcerias e protocolos? 5. Qual o seu papel enquanto enfermeira no N(H)ACJR? 6. Qual a sua formação? 7. Qual considera ser a importância da existência de um EESIP na equipa multidisciplinar do N(H)ACJR? 8. Quais as competências que considera mais importantes como EESIP membro do N(H)ACJR? 9. Com que tipo de casos é que se deparam? Em que consiste a intervenção do N(H)ACJR? 10. Possuem dados estatísticos? 11. Com que instituições se articulam e como ocorre essa articulação? 12. A maioria dos casos conseguem ser resolvidos no primeiro nível de intervenção ou são com frequência encaminhados para instâncias superiores? 13. Quais as principais barreiras à vossa intervenção? 14. Considera que actualmente os enfermeiros estão despertos e capacitados para detectar crianças/ em risco? 15. Considera pertinente a formação dos enfermeiros neste âmbito?	Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante Utilizar questões abertas Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta ativa
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e reforço da importância da sua participação; • Salvaguardar garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. 		

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar do tema que motiva a entrevista, solicitando ajuda; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo; • Estabelecer um clima de empatia. 		
Desenvolvimento	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Observações
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional da Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN), assim como os processos de trabalho. 2. Desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido /família. 3. Compreender o papel do enfermeiro na prevenção primária e secundária dos maus tratos infantis na UCERN. 4. Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido em risco de maus tratos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona a UCERN? 2. Como se articula com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade? Que parcerias e protocolos têm? 3. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 4. Como é constituída a equipa de enfermagem? 5. Qual a metodologia de trabalho? 6. Os cuidados de enfermagem na UCERN têm subjacente algum modelo teórico específico? 7. Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem? 8. Qual o seu contributo como EESIP para os cuidados na UCERN? 9. Têm algum protocolo/norma relacionada com as crianças em risco? 10. Quando se deparam com uma situação de um recém-nascido em risco de maus tratos o que fazem? Como actuam? Que recursos têm? 11. Os enfermeiros fizeram algum tipo de formação no âmbito dos maus tratos? 12. Considera pertinente uma formação neste âmbito? 	<p>Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante</p> <p>Utilizar questões abertas</p> <p>Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta activa</p>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e reforço da importância da sua participação; • Salvaguardar garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. 		

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA À ENFERMEIRA ESPECIALISTA ORIENTADORA

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Informar do tema que motiva a entrevista, solicitando ajuda; • Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo consentimento informado verbal; • Elucidar sobre a estrutura da entrevista; • Assegurar a livre participação após esclarecimento completo; • Estabelecer um clima de empatia. 		
Desenvolvimento	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Observações
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a estrutura física, a organização e a dinâmica funcional do Internamento de Pediatria, assim como os processos de trabalho. 2. Desenvolver competências profissionais inerentes ao EESIP (técnicas, relacionais, comunicacionais e de gestão) na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família. 3. Compreender o papel do enfermeiro aos três níveis de prevenção dos maus tratos infantis no Internamento de Pediatria. 4. Contribuir para a capacitação dos enfermeiros para a detecção, encaminhamento e prestação de cuidados de enfermagem à criança em risco/vítima/suspeita de maus tratos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como é que funciona o Internamento de Pediatria? 2. Como se articula com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade? Que parcerias e protocolos têm? 3. Como é constituída a equipa multidisciplinar? 4. Como é constituída a equipa de enfermagem? 5. Qual a metodologia de trabalho? 6. Os cuidados de enfermagem no Internamento de Pediatria têm subjacente algum modelo teórico específico? 7. Que linguagem é utilizada nos registos de enfermagem? 8. Qual o seu contributo como EESIP para os cuidados no Internamento de Pediatria? 9. Têm algum protocolo/norma relacionada com as crianças em risco? 10. Quando se deparam com uma situação de um recém-nascido em risco de maus tratos o que fazem? Como actuam? Que recursos têm? 11. Os enfermeiros fizeram algum tipo de formação no âmbito dos maus tratos? 12. Considera pertinente uma formação neste âmbito? 	<p>Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante</p> <p>Utilizar questões abertas</p> <p>Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta activa</p>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e reforço da importância da sua participação; • Salvaguardar garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. 		

Apêndice IV – Caracterização dos Locais de Estágio

CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

A Consulta Externa de Pediatria (CEP) é um dos serviços que constitui o Departamento de Pediatria de uma unidade hospitalar da Grande Lisboa. Este serviço dá resposta a crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias nas especialidades de pediatria, dermatovenerologia pediátrica, ortopedia pediátrica, neonatologia, imunoalergologia pediátrica, cirurgia pediátrica, endocrinologia pediátrica e nutrição. A acessibilidade das crianças à CEP é feita pela referência das mesmas pelos Cuidados de Saúde Primários e pelos restantes serviços do Departamento de Pediatria, nomeadamente, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, Internamento de Pediatria, Centro de Neurodesenvolvimento e Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido.

A equipa de enfermagem da CEP é constituída pela Enfermeira Responsável, 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e 3 enfermeiras generalistas, que exercem a sua actividade em dois tipos de horários de 8 horas, de modo a assegurar a presença de um enfermeiro durante todo o período de funcionamento da CEP. Fazem ainda parte da equipa multidisciplinar da CEP 2 auxiliares de acção médica, assistentes administrativas, nutricionistas e médicos especializados nas diversas áreas atrás referidas.

Em termos de estrutura física este serviço dispõe de: 1 sala de espera com casas de banho (incluindo 1 para deficientes), 1 sala de amamentação, 4 gabinetes de consultório médico, 1 gabinete de consulta de enfermagem, 1 sala de tratamentos, 1 zona de sujos, 1 arrecadação e 3 vestiários feminino e masculino. A CEP integra ainda o Hospital de Dia Pediátrico (HDP) que tem capacidade para 4 camas/berços e possui também 1 sala de trabalho de enfermagem.

O horário de funcionamento da CEP é entre as 08.00 e as 20.00 horas de segunda a sexta, e do HDP entre as 09.00 às 16.00 de segunda a sexta. Relativamente à actividade assistencial, em 2012 realizaram-se 6 183 consultas externas e 1 387 sessões de HDP (4 vezes mais do que o esperado).

A CEP tem como missão assegurar que todos os utentes pediátricos devidamente referenciados, independentemente da origem (interna ou externa), sejam adequada e atempadamente atendidos, em função dos elementos clínicos disponibilizados na referência. O atendimento é sempre personalizado e considera os aspectos humanos e técnicos envolvidos, numa perspectiva de permanente e actuante disponibilidade, de

dignificação humana e profissional, orientando-se em função dos interesses e necessidades das crianças/jovens e suas famílias.

A CEP tem também como objectivo promover uma boa articulação com os Cuidados de Saúde Primários, assim como com outras áreas de actividade do Hospital, nomeadamente o Serviço de Urgência Pediátrica, o Internamento de Pediatria, a Unidade de Cuidados Intermédios, o Centro de Neurodesenvolvimento e a Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido, e assegurar a informação de retorno para as Unidades de Cuidados de Saúde Primários, em particular nos casos em que se verifique haver condições para dar alta da consulta.

As principais intervenções de enfermagem na CEP prendem-se com:

- A Consulta de Enfermagem – onde é feita uma avaliação inicial a todos os clientes da consulta. Esta inclui uma avaliação global que inclui parâmetros antropométricos, sinais vitais, avaliação das actividades de vida diárias e avaliação do desenvolvimento com base na Mary Sheridan. Para além disso, o momento da consulta é aproveitado para a realização de ensin角度 adequados a cada situação específica.
- A Sala de Tratamentos – onde se realizam pensos (cirúrgicos, de queimados, de feridas), remoção de pontos, administração de medicação (oral, rectal, inalatória, intramuscular e endovenosa) colheita de amostras biológicas para controlo analítico e administração de vacinas.
- O HDP – onde se fazem procedimentos específicos como a administração de medicação endovenosa em perfusão contínua que requer uma monitorização mais apertada, a avaliação de parâmetros vitais, a realização dos testes cutâneos por picada (também denominados de “*priks*”), provas de provocação oral (imunoalergologia) e provas de endocrinologia.

Apesar de não ter sido adoptado formalmente nenhum modelo teórico específico, os enfermeiros da CEP elegeram, como referencial para as suas práticas, a filosofia de cuidados centrados na pessoa. Neste serviço os enfermeiros reconhecem que a díade criança/família é o foco central dos cuidados, procurando pautar a sua praxis por uma abordagem individual, que considere a perspectiva da pessoa e promova um ambiente benéfico e acolhedor através do relacionamento interpessoal.

CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE NEURODESENVOLVIMENTO

O Centro de Neurodesenvolvimento encontra-se integrado no Departamento de Pediatria do Hospital e tem como objectivos:

- Sinalização, diagnóstico, orientação para intervenção e seguimento das crianças com perturbações do neurodesenvolvimento da área de referência do Hospital e de outros hospitais, segundo protocolos específicos e consoante a disponibilidade de vagas;
- Abordagem da criança de forma transdisciplinar numa equipa multiprofissional, facilitando o apoio social, educativo e assistencial à criança/família através da articulação com a comunidade, supervisão da intervenção e apoio em situações pontuais e de previsível curta duração;
- Privilegiar a articulação estreita com as Equipas Locais de Intervenção Precoce da área de referência para sinalização e orientação dos apoios necessários;
- Promover a ligação com as equipas de docentes de apoios educativos, em colaboração com a Direcção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo (DRELVT) e as Equipas de Apoio às Escolas da área de referência do Hospital;
- Assegurar o projecto de parceria e complementaridade com o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo;
- Promover o ensino pré e pós-graduado para profissionais de saúde e de educação;
- Promover a investigação clínica no âmbito do neurodesenvolvimento infantil.

O Centro de Neurodesenvolvimento tem uma equipa fixa e permanente, com actividade assistencial todos os dias da semana. A equipa é constituída por duas Pediatras do Neurodesenvolvimento, uma das quais acumula também funções de coordenação do Centro; uma Neuropediatra, uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER), uma Psicóloga Educacional e uma Terapeuta da Fala. No futuro projecta-se que façam também parte da equipa uma Psicóloga Clínica e uma Professora Especializada a colocar pela DRELVT. Para além disso, a equipa conta ainda com o apoio dos profissionais da Pedopsiquiatria, Medicina Física e Reabilitação e Serviço Social do Hospital, e com as equipas de Genética e Doenças Metabólicas de outros hospitais.

É filosofia desta equipa a sua consistência e união, que permite uma sincronia de actuação e uma linha única de seguimento. Não obstante há uma relativa distribuição de

tarefas que mostra a necessidade de todos os elementos para poder dar resposta às diferentes patologias que surgem.

As pediatras são responsáveis pela triagem, orientação para avaliação e para intervenção nas estruturas da comunidade, pela investigação etiológica, e pela definição diagnóstica e de seguimento.

A TSEER tem a seu cargo as avaliações psicopedagógicas nas crianças com insucesso escolar, avaliação das pré-competências académicas e avaliação do desenvolvimento psicomotor, sobretudo em crianças com perturbações do espectro do autismo e défices cognitivos. É ainda da sua responsabilidade a supervisão dos casos orientados para intervenção.

A psicóloga educacional é responsável pela avaliação cognitiva e do desenvolvimento psicomotor nos casos de défices cognitivos, avaliação dos perfis funcionais e de comportamento adaptativo e apoio da adequação curricular. É ainda da sua responsabilidade a supervisão dos casos orientados para intervenção.

A terapeuta da fala avalia as crianças com perturbação da linguagem, comunicação e fala para orientar a intervenção, fazendo também supervisão nos casos com necessidade de apoio directo ou dando orientação aos pais nos casos que não necessitem de intervenção directa.

A psicóloga clínica faz avaliações emocionais e cognitivas, dá apoio a crianças com perturbações de oposição ou de comportamento associadas a perturbação de hiperactividade e défice de atenção, apoio a crianças com espectro do autismo e apoio familiar com intervenção directa e supervisão.

Os doentes, dos 0 aos 18 anos, podem ser referenciados a este centro pelos médicos de família, via Alert, por outras consultas do Hospital ou por marcação autorizada pela coordenadora, desde que cumpram o requisito de residir na área de abrangência do Hospital.

Após o encaminhamento é realizada uma avaliação formal da criança e uma avaliação dos recursos e das necessidades da família, permitindo desta forma realizar um plano de intervenção para a criança/família. Cada intervenção é adaptada às necessidades da criança e aos recursos, necessidades e objectivos dos pais. A finalidade da intervenção é a promoção e a melhoria da organização neuropsicomotora da criança.

Em Outubro de 2012 estavam inscritas neste Centro de Neurodesenvolvimento 259 crianças, com uma média de idade de 7 anos. Estima-se que esta média comece a baixar à medida que aumente o número de recém-nascidos encaminhados pela neonatologia.

As patologias assistidas são: défices cognitivos; perturbações da linguagem e comunicação; perturbações do espectro do autismo; perturbação de hiperactividade e défice de atenção; perturbação específica do desenvolvimento das aptidões académicas, dislexia, disortografia, discalculia; perturbação do desenvolvimento da coordenação motora; perturbação de oposição e de comportamento quando em comorbilidade com outras patologias do desenvolvimento; protocolos de seguimento de situações específicas (recém-nascidos, trissomia 21, síndrome de X frágil, síndrome de williams,...)

Do ponto de vista estrutural este centro dispõe de vários gabinetes para realização de consultas que são utilizados por todos os profissionais numa óptica de maior rentabilização de recursos, sendo que todos se encontram equipados com secretária, cadeiras, marquesa, computador e material didáctico (brinquedos, canetas, livros).

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Uma das principais novidades da presente intervenção legislativa consiste na criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, cujo regime, estruturação e funcionamento foram estabelecidos pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais Centros de Saúde (CS), e que têm por missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população de determinada área geográfica.

Cada agrupamento pode compreender as seguintes unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; Unidade de Cuidados na Comunidade; Unidade de Saúde Pública; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados; outras unidades ou serviços propostos pela respectiva Administração Regional de Saúde e aprovados por despacho do Ministro da Saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES

Na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, foram criados 22 ACES distribuídos por 5 sub-regiões estatísticas: Grande Lisboa, Península de Setúbal, Oeste, Médio Tejo e Lezíria do Tejo. A população abrangida por cada ACES tem relação com a densidade populacional e outros factores demográficos, sendo maior em meios de maior densidade e menor em zonas de menor densidade.

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os CSP como o pilar central do sistema de saúde. De acordo com Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, os CS constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo por isso importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. A criação das USF, na vertente assistencial directa, e a reorganização dos CS - com a criação de unidades de decisão gestionária mais próximas dos cidadãos e dos serviços - são dois aspectos cruciais de um conjunto de transformações que, ao nível da saúde em geral e dos CSP em particular, visam responder com maior satisfação e eficácia às necessidades das pessoas.

A implementação de USF prende-se com os grandes objectivos da reforma dos CSP actualmente em curso e são:

- Aumento da acessibilidade e satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde;
- Aumento da satisfação dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados;
- Melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados prestados;
- Incremento da eficiência nos serviços.

A criação das USF baseia-se numa série de condições a respeitar como:

- Responsabilização de prestação de cuidados de saúde gerais, personalizados, com respeito pelos contextos sócio familiares a um grupo de cidadãos que varia, em geral, entre 4.000 e 18.000 utentes;
- Adesão voluntária dos profissionais a envolver;
- Trabalho em equipa multiprofissional;
- Obrigatoriedade da existência de um sistema de informação;
- Regime remuneratório baseado no desempenho profissional;
- Regime de incentivos;
- Contratualização e avaliação de desempenho.

A USF onde realizei estágio é uma das extensões de um CS que integra o Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa V. Encontra-se ao serviço da população desde o início de 2010, fruto de uma parceria entre o Município, que encontrou o espaço e assume a sua renda mensal, e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que assegura os recursos humanos e o equipamento das instalações.

Baseada num modelo organizacional que privilegia o atendimento personalizado e a proximidade com os 15 000 utentes inscritos (3 340 entre os 0 e os 18 anos), a equipa desta USF é constituída por 9 Médicos, 9 Enfermeiros (1 Especialista em Enfermagem Comunitária, 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1 Mestre em Comunicação da Saúde, 1 Pós-Graduado em Saúde Mental e Comunitária e 2 enfermeiros generalistas) e 7 Administrativos. Das 8h às 20h de segunda a sexta-feira, este conjunto de profissionais assegura um número importante de valências: Consulta de Vigilância e Prevenção - Saúde Infantil e Juvenil; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Curso de Preparação para o Nascimento; Cuidados de Enfermagem e Reabilitação Pediátrica; Consulta de Terapia Familiar; Consulta de Doenças Agudas; Consulta de Diabéticos e Hipertensos; consultas médicas e de

enfermagem ao domicílio e aconselhamento médico ou de enfermagem ao utente por telefone.

Em 2011 realizaram-se 38 274 Consultas, 3 709 Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, 1 855 Consultas de Planeamento Familiar, 1 043 Consultas de Saúde Materna, 576 Consultas de Rastreio Oncológico e 482 Exames Globais de Saúde.

Nesta USF está instituído o perfil de enfermeiro de família. Este assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. Presta cuidados que combinam a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. Gere e organiza recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade.

Assim, no exercício da sua actividade, os enfermeiros desta USF prestam cuidados a utentes de diversas faixas etárias e com diferentes necessidades, e em todas as valências referidas anteriormente. Os registos de enfermagem são efectuados em suporte informático e é utilizada a linguagem CIPE.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS AO RECÉM-NASCIDO

A Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN) destina-se a recém-nascidos até aos 28 dias de idade, que necessitam de cuidados de saúde especiais devido a parto prematuro ou doença.

Geograficamente a UCERN localiza-se numa zona central, localizada entre o Bloco de Partos e o serviço de Internamento de Obstetrícia/Ginecologia. A UCERN tem quatro áreas principais:

- A sala de cuidados especiais - um espaço comum, amplo e com iluminação natural, onde existem cinco incubadoras para cuidados intensivos e sete incubadoras para cuidados intermédios;
- A sala de isolamento - com capacidade para um recém-nascido em cuidados intensivos ou em cuidados intermédios;
- A sala de amamentação - onde as mães podem amamentar ou recolher o leite com maior privacidade;
- A sala de espera - com cacifos para utilização pelos pais.

Fazem ainda parte do serviço a copa de leites, o armazém de consumo, a sala de pausa do pessoal, a zona de sujos e a zona de limpos.

A equipa de enfermagem é constituída por 8 enfermeiros, dos quais 1 é Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e é a Enfermeira Responsável pelo serviço, 2 são Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria e os restantes são Enfermeiros Generalistas. Em cada turno são distribuídos 2 a 3 elementos, consoante a ocupação do serviço. Fazem ainda parte da equipa 5 pediatras, 1 psicóloga, 4 auxiliares de acção médica e 1 secretária de unidade.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual, que consiste na atribuição de um número de recém-nascidos aos quais o enfermeiro presta todos os cuidados necessários. Sempre que possível os enfermeiros são atribuídos aos mesmos recém-nascidos para desta forma facilitar a continuidade dos cuidados e o estabelecimento de uma relação de parceria com a família.

Os registos de enfermagem são efectuados em suporte informático segundo a linguagem CIPE® Versão 2.

Nesta Unidade existe também o estudo *Follow Up* que consiste num telefonema para casa da família do recém-nascido nas 48 horas seguintes à alta hospitalar com o objectivo de saber como está a ser a adaptação a casa, esclarecer dúvidas, relembrar a consulta marcada, entre outros assuntos importantes para as famílias.

CARACTERIZAÇÃO DO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O serviço de Internamento de Pediatria encontra-se integrado no Departamento de Pediatria de um Hospital da Grande Lisboa. Este serviço tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde do foro médico e cirúrgico a utentes dos 0 aos 17 anos e 364 dias.

Num total de 14 vagas, este serviço é composto por 5 quartos duplos e 4 quartos individuais/isolamento, 1 sala de tratamentos, 1 sala de enfermagem, 1 sala de actividades, casas de banho para as crianças, casas de banhos e balneários para os pais, copa de leites, sala de pausa, zona de sujos, zona de limpos, 1 armazém de consumo, 1 gabinete para a Enfermeira Responsável, 3 gabinetes para médicos e 1 gabinete para a secretária de unidade.

A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Responsável, que é Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, e 11 enfermeiros, distribuídos por equipas de 2 elementos por turnos de 8 horas diários. Fazem ainda parte da equipa 8 auxiliares de acção médica, 1 secretária de unidade, 1 educadora de infância e pediatras.

Neste serviço os cuidados de enfermagem são prestados segundo a filosofia dos cuidados centrados na família. O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual, que consiste na atribuição de um número de crianças aos quais o enfermeiro presta todos os cuidados necessários. Sempre que possível os enfermeiros são atribuídos às mesmas crianças para desta forma facilitar a continuidade dos cuidados e o estabelecimento da relação de parceria com a família.

Os registos de enfermagem são efectuados em suporte informático e é utilizada a linguagem CIPE® Versão 2.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) está integrado no Departamento de Pediatria de uma unidade hospitalar da Grande Lisboa. O SUP tem como objectivo a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos às crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, 24 horas por dia, todos os dias da semana. Embora tendo como responsabilidade primária o atendimento aos doentes da sua área geográfica de influência, o SUP dá resposta a todas as crianças que a ele recorrem.

Este serviço dispõe de salas de espera, sala de triagem, gabinetes de observação médica, sala de aerossóis, sala de tratamentos, sala de reanimação, Serviço de Observação (SO) e Unidade de Cuidados INTERmédios Pediátricos (UCINT).

A admissão de doentes faz-se no balcão à entrada da urgência, com excepção dos doentes emergentes, que entram directamente para a sala de reanimação, e dos doentes acamados, cuja admissão é realizada na zona destinadas aos doentes acamados.

A triagem é assegurada pela equipa de enfermagem, após a inscrição administrativa, que utiliza o Sistema de Triagem de Manchester. Este sistema classifica por cores a gravidade dos doentes que recorrem a este serviço, estabelecendo assim a prioridade para o atendimento médico.

No SO são admitidas as crianças e adolescentes que, devido à sua situação clínica necessitam de permanecer algumas horas em observação. Na UCINT são internadas as crianças e adolescentes que exijam um tempo de internamento expectável superior a 12 horas e apresentem patologia que requeira uma monitorização médica e de enfermagem contínua.

A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Responsável, 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) de apoio à gestão, 4 chefes de equipa (entre os quais 1 EESIP e 1 Especialista em Enfermagem de Reabilitação) e 25 enfermeiros generalistas, que exerce a sua actividade em 3 turnos de 8 horas, de modo a assegurar as 24 horas de funcionamento do serviço. Fazem ainda parte da equipa multidisciplinar, pediatras, 11 auxiliares de acção médica e assistentes administrativas.

Os enfermeiros são distribuídos diariamente por postos de trabalho e os cuidados de enfermagem são prestados segundo a filosofia dos cuidados centrados na família. Neste serviço é utilizada a linguagem CIPE e os registos são efectuados informaticamente.

Apêndice V – Procedimento de Enfermagem: Aplicação da Escala M-CHAT na Consulta Externa de Pediatria

Procedimento N.º <número procedimento>

Aplicação da Escala M-CHAT na Consulta Externa de Pediatria

Revisão <xx>

Data Criação	15-10-2012	Data Aprovação	<dd-mm-aaaa>
Responsáveis pela Elaboração	Rosa Pereira Susana Rodrigues	Responsáveis pela Aprovação	<listas de nomes>
Data Última Alteração	<dd-mm-aaaa>	Data Próxima Revisão	<dd-mm-aaaa>
Âmbito	<Indicar o âmbito onde se insere este procedimento. Se o procedimento existir numa incitativa de estruturação de processo/protocolo, então o processo/protocolo é o próprio âmbito. Se não for o caso descrever o campo ou área de aplicação>		

Este documento é CONFIDENCIAL e de uso exclusivo do Hospital, sendo expressamente proibida qualquer forma de exposição ou utilização da informação aqui apresentada e/ou sua reprodução, cópia ou transmissão, por qualquer meio ou instrumento, no todo ou em parte, sem a prévia e formal autorização.

Nome

Aplicação da escala M-CHAT na Consulta Externa de Pediatria.

Objectivo

Rastrear perturbações do espectro de autismo em crianças entre os 16 e os 30 meses.

Participante(s)

Todos os enfermeiros da Consulta Externa de Pediatria.

Notas Técnicas

Toddler é o período entre os 12 e os 36 meses. Esta etapa tem início quando a criança atinge a deslocação em posição erecta e caracteriza-se por exploração intensa do ambiente que a rodeia e descoberta de como as coisas.

Autismo refere-se a um transtorno de desenvolvimento complexo, caracterizado por prejuízos em três esferas do comportamento: interação social, comunicação e padrões de interesses e comportamentos repetitivos e estereotipados.

M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) é um questionário referente ao desenvolvimento e comportamento, utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses com o objectivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo. É composto por 23 itens de resposta sim/não, que deve ser respondido pelos pais/cuidadores, que não necessitam de qualquer preparação prévia.

Pré-Condições

A M-CHAT (Anexo 1) foi traduzida para português, testada e validada pela Unidade de Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra. Na opinião de Oliveira (2009), apesar da boa sensibilidade (85%) e especificidade (93%), a M-CHAT apresenta um valor preditivo positivo baixo pelo que, no caso de um resultado positivo, não se pode prescindir da observação da criança nem do esclarecimento das respostas dadas antes da referência.

A aplicação desta escala demora cerca de dois minutos. As respostas Sim/Não são convertidas em Passa/Falha. Os resultados superiores a 3 (falha em 3 itens no total) ou em 2 dos itens considerados críticos, após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, indicando que nem todas as crianças que cotam neste questionário irão ser diagnosticadas com esta perturbação. No entanto estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária a avaliação por profissionais desta área.

Sequência Lógica de Tarefas

1. Instruir os pais/cuidadores da criança sobre a importância e relevância da aplicação do questionário;
2. Assegurar a sua colaboração e compreensão;
3. Preencher o questionário informaticamente;
4. Dar a conhecer aos pais/cuidadores os resultados obtidos;
5. Explicar os resultados obtidos;
6. Encaminhar para a Consulta de Desenvolvimento se resultado superior a 3 falhas dos itens totais ou em 2 falhas dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15).

Resultado Final

Despiste precoce de perturbações do espectro do autismo e encaminhamento para a Consulta do Desenvolvimento.

Recursos

Computador com o M-CHAT informatizada

Localização

Consulta Externa de Pediatria

Lista de Referências

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. text review). Washington, DC: APA.

Oliveira, G. (2009). Autismo: Cuidados Primários de Saúde. Rev Port Clin Geral, 25, 688-695.

Robbins, D. Modified Checklist for Autism in Toddlers. Consultado em 3 de Novembro de 2011 através de: http://www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L._Robins,_Ph.D._files/MCHAT_new.pdf

Robins, D., Fein, D., Barton, M., Green, J. (2001) The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord, 31(2), 131-144.

Whaley, L., & Wong, D. (1999). Enfermagem pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efectiva (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Histórico de Revisões

Revisão	Data	Descrição	Autores
<xx>	<dd/mm/aaaa>	<detalhes>	<lista de nomes>

Nome: _____ Preenchido por: _____
 Data de Nascimento: _____ Parentesco do informador: _____

 Data: _____

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente. Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não".

1	Gosta de brincar ao colo fazendo de "cavalinho", etc.?	Sim	Não
2	Interessa-se pelas outras crianças?	Sim	Não
3	Gosta de subir objectos, como por exemplo, cadeiras, mesas?	Sim	Não
4	Gosta de jogar às escondidas?	Sim	Não
5	Brinca ao faz-de-conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?	Sim	Não
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	Sim	Não
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou Legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão?	Sim	Não
9	Alguma vez lhe trouxe objectos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa?	Sim	Não
10	A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos?	Sim	Não
11	É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)?	Sim	Não
12	Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13	Imita o adulto (ex. faz uma careta e ela imita)?	Sim	Não
14	Responde/olha quando o(a) chamam pelo nome?	Sim	Não
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar?	Sim	Não
16	Já anda?	Sim	Não
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar?	Sim	Não
18	Faz movimentos estranhos com as mãos/dedos próximo da cara?	Sim	Não
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer?	Sim	Não
20	Alguma vez se preocupou quanto à sua audição?	Sim	Não
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem?	Sim	Não
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços?	Sim	Não
23	Procura a sua reacção facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	Sim	Não

Traduzido pela Unidade de Autismo
 Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico de Coimbra
 Autorização Diana Robins

Apêndice VI – Instrumentos da Sessão de Formação na Consulta Externa de Pediatria

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Maus tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

População-alvo: Equipa de Enfermagem da Consulta Externa de Pediatria

Plectora: Susana Rodrigues

Data/Hora: 30 Outubro/14h

Duração: 45 min.

Local: Consulta Externa de Pediatria

Objectivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem da Consulta Externa de Pediatria para a intervenção do enfermeiro na prevenção dos maus tratos em crianças e jovens.

Objectivos Específicos:

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir os conceitos básicos sobre os maus tratos;
- Caracterizar os diferentes tipos de maus tratos;
- Conhecer o enquadramento legal dos maus tratos;
- Identificar os factores de risco e os factores protectores dos maus tratos
- Reconhecer a responsabilidade do Hospital e dos enfermeiros nos maus tratos;
- Identificar o papel da equipa de enfermagem da Consulta Externa de Pediatria na prevenção primária e secundária dos maus tratos.

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Objectivos gerais e específicos • Pertinência do tema 	Expositivo Interrogativo	Data-show Computador	Avaliação inicial: - Diagnóstico das necessidades	5 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento legal dos maus tratos em crianças e jovens • Definição de maus tratos • Classificação de maus tratos: <ul style="list-style-type: none"> - Negligência - Mau trato físico - Abuso sexual - Mau trato psicológico - Síndrome de Munchausen por Procuração • Dinâmica dos maus-tratos <ul style="list-style-type: none"> - Conceito de risco e perigo - Factores de risco - Factores de protecção • Intervenção: <ul style="list-style-type: none"> - Objectivos da intervenção 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação formativa: - Observação da participação da equipa	30 minutos

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> - Níveis de intervenção - Princípios de intervenção • Responsabilidades dos Serviços de Saúde • Responsabilidade do enfermeiro • Intervenção nos Hospitais e na Consulta Externa • Papel do enfermeiro na Consulta Externa de Pediatria • Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco 				
Síntese final <ul style="list-style-type: none"> • Conclusão • Bibliografia • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo Interrogativo	Computador Data-show Questionário de avaliação da sessão	Avaliação sumativa: - Observação da participação da equipa - Questionário de avaliação da sessão	10 minutos

DIAPPOSITIVOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE FORMAÇÃO

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

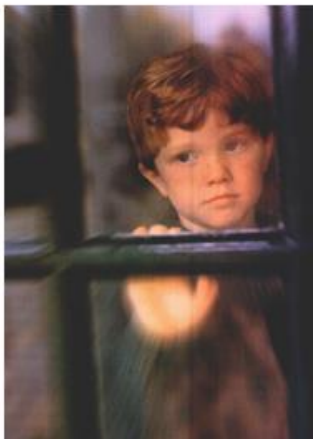
3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Saúde Infantil e Pediatria
Consulta Externa de Pediatria


Maus tratos em crianças e jovens

A intervenção do enfermeiro

Susana Rodrigues

30 de Outubro de 2012





Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro **ESEL**

Objectivos

Objectivo geral


- Sensibilizar a equipa de enfermagem da Consulta Externa de Pediatria para a intervenção do enfermeiro na prevenção dos maus tratos em crianças e jovens.

Objectivos específicos

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir os conceitos básicos sobre os maus tratos;
- Caracterizar os diferentes tipos de maus tratos;
- Conhecer o enquadramento legal dos maus tratos;
- Identificar os factores de risco e os factores protectores dos maus tratos;
- Reconhecer a responsabilidade do Hospital e dos enfermeiros nos maus tratos;
- Identificar o papel da equipa de enfermagem da Consulta Externa de Pediatria na prevenção primária e secundária dos maus tratos.

2



Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro **ESEL**

Pertinência

- Em 2003, Portugal ocupava o primeiro lugar nos casos de Maus Tratos a crianças com consequências mortais (66 vítimas mortais/ano).
(UNICEF, 2003)
- Em 2009 a CPCJ acompanhou 66 896 processos. A negligência foi o principal problema nos processos instaurados, seguida da exposição a modelos de comportamento desviantes, abandono escolar, Maus Tratos psicológicos e por fim Maus Tratos físicos.
(CNPCJR, 2010)
- O enfermeiro, enquanto profissional de saúde no geral, e como profissional do cuidado humano em particular, assume um papel essencial na defesa dos direitos da criança.
(Ordem dos Enfermeiros, 2007)
- “Muitas vezes, é a desinformação profissional que impede que se detectem e tratem estes casos [de Maus Tratos] de forma atempada e correcta.”
(Magaalhães, 2005, p.20)

3

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Legislação

“As crianças têm direito à protecção do Estado e da sociedade”

(Constituição da República Portuguesa, Art. 69.º)

“Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança” (Art. 3.º, n.º 1 da CDC).

“Os Estados Parte tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual” (Art. 19.º da CDC).

[Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), aprovada pela Resolução da Assembleia da República nº 20/90, de 12 de Setembro]

4

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Legislação

Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base II – alínea c)

“São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes.”

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto
Criação do Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC)

DL n.º 98/98, de 18 de Abril
Cria a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro
Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

5

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Maus Tratos

“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma responsabilidade, confiança e (ou) poder.”

(Magalhães, 2005, p.33)

Causa sequelas físicas, cognitivas, afectivas e sociais ou mesmo a morte.

↔

Afecta o crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade.

6

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência
2. Mau trato físico
3. Abuso Sexual
4. Mau trato psicológico
5. Síndrome de Munchausen por Procuração

(DGS, 2008)

7

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem, a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

- Engloba actos manifestados de forma activa ou passiva (por omissão) no contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidador.
- Acção pode ser voluntária (com intenção de dano) ou involuntária (por incapacidade do prestador de cuidados).

8

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Formas de Negligência

- ❖ Intra-uterina
- ❖ Física
- ❖ Emocional
- ❖ Educacional
- ❖ Falta de supervisão/ orientação
- ❖ Social
- ❖ Mendicidade/ exploração
- ❖ Abandono



9

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sinais

- Carência de higiene (sujeira das unhas, picadas múltiplas de insectos, pediculose, cárie dentária, eritema perineal prolongado ou recorrente);
- Inexistência da rotinas (alimentação, ciclo de sono);
- Vestuário desadequado e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada;
- Doença crónica sem cuidados adequados;
- Intoxicações acidentais repetidas;
- Hematomas e/ou outras lesões inexplicadas;
- Acidentes frequentes por falta de supervisão;
- Atraso ou incumprimento do PSU e do PNV.



10


Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sinais físicos de negligência prolongada

- Progressão ponderal deficiente;
- Cabelo fino;
- Abdómen proeminente;
- Arrefecimento persistente;
- Mãos e pés avermelhados;
- Atraso no desenvolvimento sexual.




11

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sintomas



- Atraso no desenvolvimento psicológico e na aquisição de sociais (língua, motricidade, socialização);
- Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agitação psicomotora, agressividade;
- Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (ex: roubar alimentos, comer obsessivamente);
- Dificuldades na aprendizagem, absentismo escolar sem justificação, pobre relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos apelativos, anti-sociais;
- Falta de acompanhamento dos menores na escola por parte dos pais.

12

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

É uma acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Ex.: síndrome da criança abanada, queimaduras, fracturas, traumatismo craniano, lesões abdominais, afogamento, intoxicação provocada.



13

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Indicadores

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;
- Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação;
- Demora na procura de cuidados médicos;
- História de lesões repetidas;
- Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões).



14

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Sinais

- Lesões com diferentes estadios de evolução (equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise;
- Traumatismo craniano em criança < 1 ano de idade, com história incoerente;
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental para a faixa etária da criança (equimose da face, especialmente à volta dos olhos, zonas laterais; pavilhão auricular; boca; pescoço; genitais e nádegas; hematomas de contusão provocados próximo das extremidades);
- Lesões com diferentes localizações (não sendo localização própria de lesão acidental);




15

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Sinais

- Lesões desenhando marcas de objectos (marcas de fivela, corda, régua);
- Queimaduras múltiplas, actuais ou cicatrizadas, e com fácil identificação do objecto causador (queimadura de cigarro nas palmas das mãos, plantas dos pés, genitais e nádegas; "padrão luva e meia");
- Marcas de mordedura;
- Alopécia traumática;
- Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais).



16

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Marcas de queimaduras

prato quente, cigarros, Adjust table row, engomar, lâmpada, taca

imersão, imersão, garfos

Marcas de objetos

fivela de cinto, cinto, frigideira, fio enrolado, vara chicote, mata-moscas, cabide, tábua ou espátula, mãos nós dos dedos, mordidas, pés, escova de cabelos, raquetes

17

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Síndrome da criança abandonada

Sinais

- Alterações de consciência;
- Letargia, irritabilidade;
- Anisocória;
- Aspecto pálido ou cianosado;
- Vômitos;
- Capacidade de sucção e deglutição diminuída;
- Diminuição do apetite;
- Dificuldade respiratória;
- Incapacidade em levantar e/ou virar a cabeça;
- Hemorragia da retina.

Sintomas

- Cegueira parcial ou total;
- Perda de audição;
- Convulsões;
- Atraso no desenvolvimento;
- Limitações cognitivas;
- Dificuldades na linguagem;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Problemas de memória e atenção;
- Atraso mental.



18


Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Quando ocorre envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte, baseando-se numa relação de poder e autoridade. Inclui toda a forma de contacto sexual directo ou indirecto.

Ex.: penetração vaginal, oral ou anal; masturbação da, ou pela, criança; exposição dos genitais à criança; exploração através de pornografia e fotografia.



19

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sinais

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, inflamação, infecção);
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Infecção sexualmente transmissível;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral, laceração do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Presença de esperma no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas no corpo ou na roupa da criança/jovem (ex: lubrificantes);
- Verrugas ou condilomas perineais e anais;
- Gravidez.



20

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sintomas gerais

- Dor na região vaginal ou anal;
- Prurido vulvar;
- Disúria;
- Obstipação e encoprese;
- Enurese secundária.



Sintomas nas crianças

- Condutas sexualizadas (interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais, masturbação compulsiva, desenhos ou brincadeiras sexuais específicas);
- Perturbações funcionais (anorexia, bulimia, terrores nocturnos, dores abdominais recorrentes e/ou inexplicáveis);
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- Dificuldade no relacionamento com as outras crianças;
- Comportamentos agressivos.



21


Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sintomas nos jovens

- Comportamentos aparentemente bizarros;
- Dormir vestido com a roupa de dia;
- Urinar de propósito na cama esperando que os lençóis molhados afastem o abusador;
- Destruir ou ocultar características pessoais que possam ser atractivas;
- Recusa em tomar banho ou despir nos vestiários;
- Recusa em ir à escola ou em voltar para casa;
- Perturbações do foro sexual;
- Comportamentos eróticos desadequados;
- Repulsa em relação à sexualidade;
- Depressão, auto-mutilação, ideação suicida, fuga;
- Abuso de álcool e drogas, delinquência, prostituição.



22

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.

Ex.: abandono temporário, insultos verbais, abandono afectivo, ausência de afecto, ridicularização e desvalorização, hostilização e ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, culpabilização, humilhação, observação ou envolvimento em violência doméstica, aplicação de castigos desproporcionados.

 Tende a ser desvalorizado em ambientes familiares onde não exista carências económicas

23

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sinais

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura;
- Auto-mutilação.

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações funcionais

- Appetite (anorexia, bulimia);
- Sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- Controle dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Fala (gaguez);
- Choro incontrolado;
- Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Interrupção da menstruação na adolescência



24

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações cognitivas e relacionais

- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Perturbações da memória para as experiências do abuso;
- Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- Alterações da memória, concentração e atenção;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Sentimentos de vergonha e culpa;
- Medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- Perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil / a adulto);
- Dificuldade em lidar com situações de conflito;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta a estímulos sociais.

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro


Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações do comportamento

- Desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- Falta de curiosidade e do natural comportamento exploratório;
- Défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- Fugas de casa ou relutância em regressar a casa;
- Comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos;
- Comportamentos obsessivos e/ou bizarros;
- Acidentes muito frequentes;
- Problemas escolares (mau rendimento, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições);
- Comportamentos desviantes (delinquência, abuso de álcool e drogas, prostituição);
- Tristeza e perturbações do sono.



26

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Alterações do foro psiquiátrico

- Agitação, hiperactividade;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Mudanças de comportamento e de humor;
- Comportamento obsessivo-compulsivo, auto-mutilação, tentativa de suicídio;
- Neuroses graves (fobias, manias);
- Alterações da personalidade, psicoses;
- Regressão do comportamento;
- Falta de integração entre o pensamento e a linguagem.



27

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

5. Síndrome de Munchausen por Procuração

Ocorre quando um familiar atribui à criança sinais e sintomas vários com o intuito de convencer a equipa médica da existência de uma doença, levando à hospitalização ou recurso a técnicas evasivas.

- Forma rara de maus tratos
- Difícil diagnóstico

Ex.: administração de droga/medicamento para provocar sintomatologia; semi-sufocar; contaminar amostras de urina.

28

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

Os Maus Tratos resultam da conjugação de diferentes factores (de risco, protecção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação. Só dessa forma se tornará viável a prossecução dos objectivos da intervenção em saúde.



RISCO

É um perigo potencial para o cumprimento dos direitos da criança, relativamente à segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

Quando os factores de risco não são controlados podem surgir situações de perigo.

29

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

PERIGO

As situações de perigo estão mencionadas no n.º 2 do art. 3.º da Lei 147/99:

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade ou situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto se oponham de modo adequado a remover essa situação.

30


Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

Consoante a situação seja considerada de risco ou de perigo, assim é determinada a responsabilidade e legitimidade da intervenção.

Perante uma situação de risco deve-se intervir através de políticas e acções integradas de forma a combater as condicionantes vulneráveis, evitando o surgimento de perigo.

Ex.: condições familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, económicas e culturais.



31

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

FACTORES DE PROTECÇÃO

São variáveis (físicas, psicológicas ou sociais) que beneficiam o desenvolvimento individual e social, podendo moderar os factores de risco.

Ex.: rede familiar e social de apoio, vinculação segura, boas competências parentais, bom nível de desenvolvimento da criança, temperamento fácil, grupo de pares pró-social,...

FACTORES DE RISCO

São variáveis (físicas, psicológicas ou sociais) que podem potenciar a ocorrência de maus tratos. Estes factores não podem ser considerados causa directa de maus tratos.

Ex: Temperamento difícil, filho não desejado, problema de comportamento, doença crónica ou alteração do desenvolvimento, défice de competências parentais, história de comportamentos violentos, ausência de suporte social e familiar,...

32

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

FACTORES DE AGRAVAMENTO/ CRISES DE VIDA

São eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre factores de risco e protecção e podem precipitar a ocorrência de Maus Tratos.

Ex: ruptura e reconstituições familiares, desemprego, migração, alteração da situação económica, doença súbita grave, início de cuidados a pessoa dependente.

33

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Intervenção

OBJECTIVOS

- Proteger a criança e o jovem;
- Intervir no risco para **prevenir evolução para o perigo**;
- Evitar a recorrência.

34

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Níveis de Intervenção

Tribunais

CPCI

Entidades com competência em matéria de infância e juventude (Associações, Educação, IPSS, SS, Entidades Policiais, Serviços de Saúde, entre outros)

Princípio da Subsidiariedade

35

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Responsabilidades dos Serviços de Saúde

Responsabilidade particular

- Detecção precoce de contextos
- Factores de risco
- Sinais de alarme
- Acompanhamento
- Sinalização

Barreiras

- Desconforto
- Défice de informação e preparação técnica
- Ausência de protocolos formais e apoio institucional
- Assunção de outras prioridades
- Desconhecimento das redes de apoio
- Falta de confiança nas instituições

36

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Responsabilidades do Enfermeiro

"As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro."

(Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78.º, n.º 1)

Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros

- A protecção da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e todas as situações.
- Em todas as situações deve garantir-se a satisfação das suas necessidades humanas básicas, o que não acontecendo constitui também uma forma de violência infantil.
- O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, **salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso** (artigo 81.º, alínea b) **e encaminhar para outro profissional** (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência (artigo 83.º, alínea b), atendendo ao contexto concreto.

(Código Deontológico do Enfermeiro)

37

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Princípios de Intervenção

- **Serenidade, ponderação e responsabilidade**
- **Art. 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro**
 - Interesse superior da criança
 - Privacidade
 - Intervenção o mais precoce possível
 - Intervenção mínima
 - Intervenção proporcional e actual
 - Exercício da responsabilidade parental
 - Obrigatoriedade da informação
 - Participação nos actos e audição obrigatória
 - Subsidiariedade na intervenção
- **Consentimento livre e esclarecido**
 - Pais ou representante legal
 - Criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos

38

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Intervenção nos Hospitais

Sempre que, a nível hospitalar, se identifiquem riscos acrescidos, haja suspeita ou confirmação de uma situação de maus tratos, quer através de referência de outras entidades, quer mediante diagnóstico efectuado na própria instituição, é mandatório desencadear um conjunto de procedimentos, que visem assegurar a protecção da criança ou do jovem (DGS, 2008).

As circunstâncias em que o hospital intervém, neste domínio, são de dois tipos:

- Actuação a nível do **Serviço de Urgência**
- Actuação a nível de **Consulta Externa e Unidades de Internamento**

39

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Actuação na Consulta Externa

Na Consulta Externa os casos são identificados na sequência da actividade dos profissionais nesses serviços, ou são referenciados por outras entidades, nomeadamente o SU.

Deteção	Objectivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
Factores de Risco (ver exemplos - Procedimento 1)	<ul style="list-style-type: none"> Deteção activa de situação de mau trato 	<ul style="list-style-type: none"> Procura de informação complementar do(s) sintoma(s) físico(s) apresentado(s) 	<ul style="list-style-type: none"> Exame objectivo Observação do comportamento da criança/jovem, em particular a interação com os pais/cuidadores Entrevistas, em separado, quando possível 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro/Médico
e/ou	<ul style="list-style-type: none"> Promover a continuidade, ou complementaridade, da intervenção em CSP 	<ul style="list-style-type: none"> Contactar NHACJR ou NACJR 	<ul style="list-style-type: none"> Discussão da situação 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro/Médico
Sinais de Alerta (ver exemplos - Procedimento 2)		<ul style="list-style-type: none"> Registrar informação recolhida 	<ul style="list-style-type: none"> Em nota de alta, descrição de intervenções realizadas Envio de ficha de anamnese (Anexos I e II) ao NHACJR ou NACJR 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro/Médico
		<ul style="list-style-type: none"> Articular intervenção com CSP (através de NHACJR e NACJR) 	<ul style="list-style-type: none"> Envio de relatório pelo NHACJR para NACJR da área de residência da criança/jovem 	<ul style="list-style-type: none"> Elemento de referência do NHACJR

Fonte: OOS (2011)

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Papel do enfermeiro na Consulta Externa

- Mantém um contacto periódico e estreito com a criança e família, efectuando um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e dos cuidados que recebe.
- Este contacto próximo permite observar disfunções nas relações pais-família e investigar as situações em que existe suspeita de Maus Tratos.
- Tem uma função privilegiada na:
 - Sensibilização sócio-educativa para estabelecer bases de educação adequadas e promover relações familiares positivas;
 - Deteção de algum tipo de lesão ou sequelas resultantes de Maus Tratos;
 - Deteção de atrasos de desenvolvimento ou problemas comportamentais que não tenham uma etiologia orgânica diagnosticada;
 - Deteção de risco ou perigo devido à incapacidade dos cuidadores;
 - Apoio dos cuidadores na satisfação das necessidades físicas e emocionais da criança.

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)

- ✓ Prestar consultadoria a os profissionais/ equipas que lidam directamente com as situações.
- ✓ Dinamizar o funcionamento das redes:
 - Internas;
 - Externas (articulação com os parceiros da comunidade).
- ✓ Apoiar os profissionais no acompanhamento das situações.
- ✓ Avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção.

Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da ação de formação)

Designação do Curso: Maus tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro	Data: 30/10/2012
Nome do formando (facultativo) Total de formandos = 5	
Local formação: Consulta Externa de Pediatria	

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à ação de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinala no respetivo ☐ na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta ação como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário				80%	20%
No seu desenvolvimento pessoal				20%	80%
Na excelência da sua equipa				60%	40%

2 – Como avalia a ação de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração			20%	60%	20%
2.2 Importância do tema				20%	80%
2.3 Método de aprendizagem			20%	20%	60%
2.4 Competência do formador				20%	80%
2.5 Apreciação Global				40%	60%

Pontos fortes desta ação de formação

Pertinência do tema; bibliografia cedida; formação prática, útil e concisa

Pontos fracos desta ação de formação

Nada a apontar

Ações de formação em que gostaria de participar

Nada a descrever

Apêndice VII – Ficha de Avaliação na Primeira Consulta de Enfermagem

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

FICHA DE AVALIAÇÃO NA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Data: 22/11/2012

Local da Consulta: Domicílio

Enfermeiro: Enfermeira Orientadora; Susana Rodrigues

DADOS DA CRIANÇA	Nome: C. M. S. C. M. S.
	Data Nascimento: 12/11/2012
	Idade: 10 dias
DADOS DA MÃE	Nome: C. A. S. M.
	Idade: 35 Anos
	História Ginecológica: GI PI
	Grupo Sanguíneo: ARh+
PERÍODO NEONATAL	Local do Parto: Hospital Privado
	Tipo de parto: Eutócico
	Gestação: 38 semanas e 6 dias
	Peso ao nascer: 3610g
	Comprimento: 48 cm
	Perímetro cefálico: 34,5 cm
	Índice de Apgar ao 1º minuto: 9
	Índice de Apgar ao 5º minuto: 10
	Data da alta: 14/11/2012

AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS

Peso	Não avaliado
Comprimento	Não avaliado
IMC	Não avaliado
Perímetro cefálico	Não avaliado
Anca	Manobras de Barlow e de Ortolani sem alterações. Pregas simétricas.
Visão	Olhos simétricos, pálpebras sem edemas, escleróticas brancas e limpas, pupilas isocóricas e isorreactivas.
Audição	Rastreio auditivo: - Data: 14/11/2012 - Local: Hospital Privado Observação: Assusta-se com som forte
Alimentação	Leite adaptado: Nutribén A.C.
Cordão umbilical	Apresenta hipergranulação com exsudado amarelado em pequena quantidade. Pele circundante ruborizada.
Vacinação	BCG: 14/11/2012 VHB: 14/11/2012
Diagnóstico precoce	Data: 16/11/2012 Local: Hospital privado
Relação emocional/comportamento (perturbações)	Família adaptada às novas rotinas, interessada e enamorada pelo recém-nascido. Vinculação sem sinais de alerta.
Risco de Maus Tratos	Sem sinais evidentes de risco de maus tratos.
Segurança do ambiente	Ambiente doméstico seguro e limpo.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Postura e Motricidade Global	✓ (Sim) – (Não)
Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-flectidos, com postura simétrica	✓
Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça	✓
Apoiado em posição sentado: dorso curvado com queda da cabeça para a frente	✓
Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-flectidos	✓
Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros flectidos sob o abdómen, cotovelos flectidos junto ao tronco	✓
Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2.5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos	✓
Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri-oral com os dedos observa-se direccionamento da boca / cabeça para o lado estimulado	✓
Reflexo de preensão palmar	✓
Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme	✓
Audição e Linguagem	✓ (Sim) – (Não)
Fixa com o olhar um objecto brilhante ou face humana a 30cm; pode acompanhar lentamente com o olhar	✓
Reacção a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.) Qualquer reacção é válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc.	✓

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS

- Realização de colheita de dados: preenchimento dos dados de identificação que constam na ficha individual de saúde infantil e no Boletim Individual de Saúde Infantil.
- Questionamento sobre a adaptação da família à nova situação.
- Questionamento sobre onde vai ser feita a vigilância de saúde do recém-nascido (na Unidade de Saúde Familiar ou em médico particular), e explicação sobre a importância da vigilância de saúde.
- Realização de ensinamentos sobre o diagnóstico precoce e a vacinação.
- Realização de ensinamentos sobre a alimentação do recém-nascido, a preparação do biberão, a importância de colocar o recém-nascido a eructar antes de o deitar e causas do bolçar.
- Esclarecimento de dúvidas sobre o banho, cuidados perineais, cuidados com o coto umbilical, posição de deitar, cólicas, sono e icterícia fisiológica dos recém-nascidos.
- Realização de ensinamentos sobre a prevenção de acidentes.
- Esclarecimento de dúvidas acerca da contraceção.
- Informação sobre os sinais de alarme e quando recorrer ao centro de saúde ou hospital.
- Informação sobre a importância e a necessidade de estabelecer vínculos e envolvimento dos irmãos.
- Explicar ou validar a informação acerca dos aspectos legais: direito à maternidade e paternidade, prestações familiares.
- Informação sobre o funcionamento do Programa de Saúde Infantil da Unidade de Saúde Familiar em termos de horário de funcionamento, contactos e marcação de consultas.
- Marcação de uma nova consulta para os 15 dias de vida do recém-nascido.
- Marcação da consulta de revisão do puerpério e explicação sobre a sua importância.
- Realização dos registos no Boletim Individual de Saúde Infantil e no processo electrónico.

Apêndice VIII – Instrumentos da Sessão de Formação na Unidade de Saúde Familiar

QUESTIONÁRIO

Caro(a) Sr.(a) Enfermeiro(a):

Encontro-me a desenvolver um projecto no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, estando interessada em conhecer as necessidades sentidas pelos enfermeiros referentes à sua intervenção perante crianças e jovens em situação de risco/maus tratos.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração neste projecto, preenchendo este questionário que é anónimo e confidencial.

Lembro que não há respostas certas nem erradas, o importante é a sua opinião. Solicito-lhe que responda a todas as questões.

Desde já agradeço sua disponibilidade e colaboração.

Susana Rodrigues

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

1.1. Sexo: Feminino____ Masculino____

1.2. Idade: ____ Anos

1.3. Habilitações académicas:

Curso geral de enfermagem ou equivalente

Bacharelato ou equivalente

Licenciatura ou equivalente

Mestrado

Outra

Qual? _____

1.4. Categoria profissional:

Enfermeiro Nível I

Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro Chefe

Outra

Qual? _____

1.5. Tempo de actividade profissional: ____ Anos e ____ Meses

1.6. Tempo de actividade profissional no actual serviço: ____ Anos e ____ Meses

2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, CONHECIMENTO E NECESSIDADES

2.1. Na sua opinião, em que medida considera que a exposição da criança/jovem a situações de maus-tratos influencia o seu desenvolvimento? (assinale o nº que lhe pareça mais indicado)

Nenhuma influência

Muita influência

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.2. Na sua prática profissional já se deparou com alguma situação de (suspeita) mau trato infantil?

Sim

☐

Não

☐

2.3. Como lidou com ela? O que fez? Como agiu?

2.3. Quais as principais dificuldades/necessidades sentidas?

2.4. O que considera que lhe teria facilitado para lidar com a situação?

2.5. O que o(a) preocupa mais neste âmbito?

2.6. Actualmente considera-se capaz para detectar e intervir em situações de risco para a criança/jovem?

Sim

☐

Não

☐

2.7. O que considera que necessita para se sentir (ainda) mais capacitado(a)?

2.8. Neste momento sente necessidade de mais formação na área da criança/jovem em risco?

Sim

☐

Não

☐

2.9. Se sim, que tipo de necessidade considera mais pertinente? O que gostaria que fosse abordado?

Obrigada pela sua colaboração.

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

Com o intuito de realizar um diagnóstico de situação relativamente às necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros na detecção e identificação de crianças/jovens em risco, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar. A análise dos resultados obtidos permitiu programar uma formação que fosse de encontro às necessidades sentidas pelos enfermeiros. Do total de 9 questionários entregues, participaram 4 pessoas, num total de 44% de adesão.

Todas as inquiridas que responderam ao questionário pertencem ao sexo feminino e têm idades compreendidas entre os 40 e 50 anos. No que respeita às habilitações académicas, duas são licenciadas, uma tem o grau de mestre e outra a especialidade em enfermagem. Quanto à categoria profissional, duas são enfermeiras graduadas e duas são enfermeiras especialistas. Relativamente ao tempo de actividade profissional, uma situa-se entre os 10 e 15 anos de serviço, duas entre os 20 e 25 anos e uma entre os 26 e 30 anos. Relativamente ao tempo de actividade no actual serviço, três das enfermeiras trabalham há menos de 2 anos e uma há 16 anos.

Todas as inquiridas consideram que os maus tratos sobre crianças/jovens são um factor de risco para o desenvolvimento. Três das enfermeiras afirmaram já se ter deparado com pelo menos uma situação de mau trato infantil, enquanto que uma afirmou nunca ter tido essa experiência.

Relativamente à forma como lidaram com a situação as enfermeiras afirmaram terem contactado as autoridades policiais e judiciais e para além disso uma delas afirmou ter encaminhado a criança para o Hospital.

Perante a situação de possíveis maus tratos as enfermeiras relataram sentimentos de revolta, impotência, tristeza, raiva, solidariedade e dor.

As principais dificuldades que sentiram prendem-se com a morosidade na resolução do caso. Uma das enfermeiras afirmou não ter sentido dificuldades porque considerou que de imediato foram colocadas em prática estratégias de intervenção perante o caso.

Quanto ao que as enfermeiras consideram que lhes teria facilitado para lidar com a situação, falam no trabalho multidisciplinar como método facilitador das intervenções e no contributo da formação em maus tratos para a aquisição de mais competências para lidar com estas situações.

Relativamente ao que mais preocupa as enfermeiras no âmbito dos maus tratos, as enfermeiras referem o facto de estas situações não serem prevenidas de forma precoce e o facto de não existir uma avaliação global das famílias de modo a identificar os factores de risco. Também a manutenção e o arrastar desta situações, com morosidade das intervenções e resoluções, é outra das preocupações manifestadas. O factor desconhecimento foi também relatado por uma enfermeira como sendo algo que a preocupa.

Quanto à questão “Actualmente considera-se capaz para detectar e intervir em situações de risco para a criança/jovem?”, três das enfermeiras responderam afirmativamente e uma respondeu negativamente. Esta última considera que para se sentir mais capacitada necessita de saber como detectar situações de risco e as formas adequadas para intervir.

Apenas uma enfermeira afirmou ter tido formação sobre maus tratos, mas todas sentem que necessitam de mais formação na área da criança/jovem em risco.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Maus tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Prelectora: Susana Rodrigues

População-alvo: Equipa de Enfermagem da Unidade de Saúde Familiar

Data/Hora: 28 Novembro 2012 / 14h

Duração: 45 min.

Local: Sala de reuniões da Unidade de Saúde Familiar

Objectivo Geral:

- Reflectir com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar sobre o papel do enfermeiro na prevenção, detecção e intervenção nos maus tratos em crianças e jovens.

Objectivos Específicos:

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir os conceitos básicos sobre os maus tratos;
- Caracterizar os diferentes tipos de maus tratos;
- Conhecer o enquadramento legal dos maus tratos;
- Identificar os factores de risco e os factores protectores dos maus tratos;
- Reconhecer o papel dos Cuidados de Saúde Primários na prevenção e intervenção nos maus tratos;
- Identificar o papel do enfermeiro na detecção e sinalização dos maus tratos;
- Reconhecer com a equipa de enfermagem a função do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Objectivos gerais e específicos • Pertinência do tema 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação inicial: - Observação da participação da equipa	5 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento legal dos maus tratos em crianças e jovens • Definição de maus tratos • Classificação de maus tratos: <ul style="list-style-type: none"> - Negligência - Mau trato físico - Abuso sexual - Mau trato psicológico - Síndrome de Munchausen por Procuração • Dinâmica dos maus tratos: <ul style="list-style-type: none"> - Conceito de risco e perigo - Factores de protecção - Factores de risco - Factores de agravamento/crises de vida 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação formativa: - Observação da participação da equipa	30 minutos

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenção: <ul style="list-style-type: none"> - Objectivos da intervenção - Níveis de intervenção - Princípios de intervenção - Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários • Responsabilidades dos serviços de saúde • Responsabilidades e papel do enfermeiro • Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco 				
Síntese final <ul style="list-style-type: none"> • Conclusão • Bibliografia • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo Interrogativo	Computador Data-show	Avaliação sumativa: - Observação da participação da equipa	10 minutos

DIAPPOSITIVOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE FORMAÇÃO

ESEL 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade de Saúde Familiar

Maus Tratos em crianças e jovens

O papel do enfermeiro

Susana Rodrigues

28 de Novembro de 2012



Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro **ESEL**

Objectivos

Objectivo geral

- Reflectir com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar sobre o papel do enfermeiro na prevenção, detecção e intervenção nos maus tratos em crianças e jovens.

Objectivos específicos

- Definir os conceitos básicos sobre os maus tratos;
- Caracterizar os diferentes tipos de maus tratos;
- Conhecer o enquadramento legal dos maus tratos;
- Identificar os factores de risco e os factores protectores dos maus tratos;
- Reconhecer o papel dos Cuidados de Saúde Primários na prevenção e intervenção nos maus tratos;
- Identificar o papel do enfermeiro na detecção e sinalização dos maus tratos;
- Reconhecer com a equipa de enfermagem a função do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

2

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro **ESEL**

Pertinência

- Em 2003, Portugal ocupava o primeiro lugar nos casos de Maus Tratos a crianças com consequências mortais (66 vítimas mortais/ano).
(UNICEF, 2003)
- Em 2009 a CPCJ acompanhou 66 896 processos. A negligência foi o principal problema nos processos instaurados, seguida da exposição a modelos de comportamento desviantes, abandono escolar, Maus Tratos psicológicos e por fim Maus Tratos físicos.
(CNPJR, 2010)
- O enfermeiro, enquanto profissional de saúde no geral, e como profissional do cuidado humano em particular, assume um papel essencial na defesa dos direitos da criança.
(Ordem dos Enfermeiros, 2007)
- "Muitas vezes, é a desinformação profissional que impede que se detectem e tratem estes casos [de Maus Tratos] de forma atempada e correcta."
(Magalhães 2005, p. 20)

3

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Legislação

"As crianças têm direito à protecção do Estado e da sociedade"

(Constituição da República Portuguesa - Art. 69.º)

"Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança" (Art. 3.º, n.º 1 da CDC).

"Os Estados Parte tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual" (Art. 19.º da CDC).

(Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), aprovada pela Resolução da Assembleia da República nº 20/90, de 12 de Setembro)

4

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Legislação

Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base II – alínea c)

"São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes"

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto

Criação do Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC)

DL n.º 98/98, de 18 de Abril

Cria a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

5

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Maus - Tratos

"Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma responsabilidade, confiança e (ou) poder."

(Magalhães, 2005, p.33)

Causa sequelas físicas, cognitivas, afectivas e sociais ou mesmo a morte.

↔

Afecta o crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade.

6

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência
2. Mau Trato físico
3. Abuso Sexual
4. Mau Trato psicológico
5. Síndrome de Munchausen por Procuração

(DGS, 2008)

7

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem, a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

- Engloba actos manifestados de forma activa ou passiva (por omissão) no contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidador.
- Acção pode ser voluntária (com intenção de dano) ou involuntária (por incapacidade do prestador de cuidados).

8

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Formas de Negligência

- ❖ Intra-uterina
- ❖ Física
- ❖ Emocional
- ❖ Educacional
- ❖ Falta de supervisão/ orientação
- ❖ Social
- ❖ Mendicidade/ exploração
- ❖ Abandono



9


Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sinais

- Carência de higiene (sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos, pediculose, cárie dentária, eritema perineal prolongado ou recorrente);
- Inexistência da rotinas (alimentação, ciclo de sono);
- Vestuário desadequado e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada;
- Doença crónica sem cuidados adequados;
- Intoxicações acidentais repetidas;
- Hematomas e/ou outras lesões inexplicadas;
- Acidentes frequentes por falta de supervisão;
- Atraso ou incumprimento do PSU e do PNV.



10


Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sinais físicos de negligência prolongada

- Progressão ponderal deficiente;
- Cabelo fino;
- Abdómen proeminente;
- Arrefecimento persistente;
- Mãos e pés avermelhados;
- Atraso no desenvolvimento sexual.




11

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sintomas



- Atraso no desenvolvimento psicológico e na aquisição de sociais (linguagem, motricidade, socialização);
- Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agitação psicomotora, agressividade;
- Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (ex: roubar alimentos, comer obsessivamente);
- Dificuldades na aprendizagem, absentismo escolar sem justificação, pobre relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos apelativos, anti-sociais;
- Falta de acompanhamento dos menores na escola por parte dos pais.

12


Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

É uma acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Ex.: síndrome da criança abanada, queimaduras, fracturas, traumatismo craniano, lesões abdominais, afogamento, intoxicação provocada.



13

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Indicadores

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;
- Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação;
- Demora na procura de cuidados médicos;
- História de lesões repetidas;
- Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões).



14

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Sinais

- Lesões com diferentes estadios de evolução (equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fractura de costelas e corpos vertebrais; fractura de metáfise;
- Traumatismo craniano em criança < 1 ano de idade, com história incoerente;
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental para a faixa etária da criança (equimose da face, especialmente à volta dos olhos, zonas laterais; pavilhão auricular; boca; pescoço; genitais e nádegas; hematomas de contusão provocados próximo das extremidades);
- Lesões com diferentes localizações (não sendo localização própria de lesão acidental);




15

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Sinais

- Lesões desenhando marcas de objectos (marcas de fivela, corda, régua);
- Queimaduras múltiplas, actuais ou cicatrizadas, e com fácil identificação do objecto causador (queimadura de cigarro nas palmas das mãos, plantas dos pés, genitais e nádegas; "padrão luva e meia");
- Marcas de mordedura;
- Alopecia traumática;
- Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais).



16

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Marcas de queimaduras

prato quente, cigarros, engomar, lâmpada, faca

imersão, imersão, garfos

Marcas de objetos

fivela de cinto, cinto, frigideira, fio enrolado, vara chicote, mata-moscas, cabide, tábua ou espátula, mãos nós dos dedos, mordidas, pés, escova de cabelos, raquetes

17

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Síndrome da criança abanada

Sinais

- Alterações de consciência;
- Letargia, irritabilidade;
- Anisocória;
- Aspecto pálido ou cianosado;
- Vômitos;
- Capacidade de sucção e deglutição diminuída;
- Diminuição do apetite;
- Dificuldade respiratória;
- Incapacidade em levantar e/ou virar a cabeça;
- Hemorragia da retina.

Sintomas

- Cegueira parcial ou total;
- Perda de audição;
- Convulsões;
- Atraso no desenvolvimento;
- Limitações cognitivas;
- Dificuldades na linguagem;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Problemas de memória e atenção;
- Atraso mental.



18


Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Quando ocorre envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte, baseando-se numa relação de poder e autoridade. Inclui toda a forma de contacto sexual directo ou indirecto.

Ex.: penetração vaginal, oral ou anal; masturbação da, ou pela, criança; exposição dos genitais à criança; exploração através de pornografia e fotografia.



19


Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sinais

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, inflamação, infecção);
- Leucorréia vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Infecção sexualmente transmissível;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral, laceração do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Presença de esperma no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas no corpo ou na roupa da criança/jovem (ex: lubrificantes);
- Verrugas ou condilomas perineais e anais;
- Gravidez.



20

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sintomas gerais

- Dor na região vaginal ou anal;
- Prurido vulvar;
- Disúria;
- Obstipação e encoprese;
- Enurese secundária.



Sintomas nas crianças

- Condutas sexualizadas (interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais, masturbação compulsiva, desenhos ou brincadeiras sexuais específicas);
- Perturbações funcionais (anorexia, bulimia, terrores nocturnos, dores abdominais recorrentes e/ou inexplicáveis);
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- Dificuldade no relacionamento com as outras crianças;
- Comportamentos agressivos.



21

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sintomas nos jovens

- Comportamentos aparentemente bizarros;
- Dormir vestido com a roupa de dia;
- Urinar de propósito na cama esperando que os lençóis molhados afastem o abusador;
- Destruir ou ocultar características pessoais que possam ser atractivas;
- Recusa em tomar banho ou despir nos vestiários;
- Recusa em ir à escola ou em voltar para casa;
- Perturbações do foro sexual;
- Comportamentos eróticos desadequados;
- Repulsa em relação à sexualidade;
- Depressão, auto-mutilação, ideação suicida, fuga;
- Abuso de álcool e drogas, delinquência, prostituição.



22


Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.

Ex.: abandono temporário, insultos verbais, abandono afectivo, ausência de afecto, ridicularização e desvalorização, hostilização e ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, culpabilização, humilhação, observação ou envolvimento em violência doméstica, aplicação de castigos desproporcionados.

 Tende a ser desvalorizado em ambientes familiares onde não exista carências económicas.

23

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sinais

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura;
- Auto-mutilação.

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações funcionais

- Appetite (anorexia, bulimia);
- Sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- Controle dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Fala (gaguez);
- Choro incontrolado;
- Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Interrupção da menstruação na adolescência.



24

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações cognitivas e relacionais

- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Perturbações da memória para as experiências do abuso;
- Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- Alterações da memória, concentração e atenção;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Sentimentos de vergonha e culpa;
- Medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- Perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil / adulto);
- Dificuldade em lidar com situações de conflito;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta a estímulos sociais.

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro


Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações do comportamento

- Desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- Falta de curiosidade e do natural comportamento exploratório;
- Défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- Fugas de casa ou relutância em regressar a casa;
- Comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos;
- Comportamentos obsessivos e/ou bizarros;
- Acidentes muito frequentes;
- Problemas escolares (mau rendimento, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições);
- Comportamentos desviantes (delinquência, abuso de álcool e drogas, prostituição);
- Tristeza e perturbações do sono.



26

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro


Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Alterações do foro psiquiátrico

- Agitação, hiperactividade;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Mudanças de comportamento e de humor;
- Comportamento obsessivo-compulsivo, auto-mutilação, tentativa de suicídio;
- Neuroses graves (fobias, manias);
- Alterações da personalidade, psicoses;
- Regressão do comportamento;
- Falta de integração entre o pensamento e a linguagem.



27

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

5. Síndrome de Munchausen por Procuração

Ocorre quando um familiar atribui à criança sinais e sintomas vários com o intuito de convencer a equipa médica da existência de uma doença, levando à hospitalização ou recurso a técnicas evasivas.

- Forma rara de maus tratos
- Difícil diagnóstico

Ex.: administração de droga/medicamento para provocar sintomatologia; semi-sufocar; contaminar amostras de urina.

28

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

Os Maus Tratos resultam da conjugação de diferentes factores (de risco, protecção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação. Só dessa forma se tornará viável a prossecução dos objectivos da intervenção em saúde.



RISCO

É um perigo potencial para o cumprimento dos direitos da criança, relativamente à segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

Quando os factores de risco não são controlados podem surgir situações de perigo.

29

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

PERIGO

As situações de perigo estão mencionadas no nº 2 do art. 3º da Lei 147/99:

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade ou situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

30

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

Consoante a situação seja considerada de risco ou de perigo, assim é determinada a responsabilidade e legitimidade da intervenção.

Perante uma situação de risco deve-se intervir através de políticas e acções integradas de forma a combater as condicionantes vulneráveis, evitando o surgimento de perigo.

Ex.: condições familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, económicas e culturais.



31

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

FACTORES DE PROTECÇÃO

São variáveis (físicas, psicológicas ou sociais) que beneficiam o desenvolvimento individual e social, podendo moderar os factores de risco.

Ex.: rede familiar e social de apoio, vinculação segura, boas competências parentais, bom nível de desenvolvimento da criança, temperamento fácil, grupo de pares pró-social,...

FACTORES DE RISCO

São variáveis (físicas, psicológicas ou sociais) que podem potenciar a ocorrência de maus tratos. Estes factores não podem ser considerados causa directa de maus tratos.

Ex: Temperamento difícil, filho não desejado, problema de comportamento, doença crónica ou alteração do desenvolvimento, défice de competências parentais, história de comportamentos violentos, ausência de suporte social e familiar,...

32

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

FACTORES DE AGRAVAMENTO/ CRISES DE VIDA

São eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre factores de risco e protecção e podem precipitar a ocorrência de Maus Tratos.

Ex: ruptura e reconstituições familiares, desemprego, migração, alteração da situação económica, doença súbita grave, início de cuidados a pessoa dependente.

33

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Intervenção

OBJECTIVOS

- Proteger a criança e o jovem;
- Intervir no risco para prevenir evolução para o perigo;
- Evitar a recorrência.

34

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Níveis de Intervenção

Tribunais

CPCJ

Entidades com competência em matéria de infância e juventude (Associações, Educação, IPSS, SS, Entidades Policiais, Serviços de Saúde, entre outros)

Princípio da Subsidiariedade


35

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Responsabilidades dos Serviços de Saúde

Responsabilidade particular

- Detecção precoce de contextos
- Factores de risco
- Sinais de alarme
- Acompanhamento
- Sinalização



Barreiras

- Desconforto
- Défice de informação e preparação técnica
- Ausência de protocolos formais e apoio institucional
- Assunção de outras prioridades
- Desconhecimento das redes de apoio
- Falta de confiança nas instituições

36

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Responsabilidades do Enfermeiro

"As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro."

(Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78.º, n.º 1)

Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros

- A protecção da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e todas as situações.
- Em todas as situações deve garantir-se a satisfação das suas necessidades humanas básicas, o que não acontecendo constitui também uma forma de violência infantil.
- O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, **salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso** (artigo 81.º, alínea b) e **encaminhar para outro profissional** (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência (artigo 83.º, alínea b), atendendo ao contexto concreto.

(Código Deontológico do Enfermeiro)

37

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários

Fatores de risco	Fatores de protecção	Fatores de agravamento	Objectivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
<p>Na criança/jovem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ataques prematuros/baixo peso Temperamento difícil Alto nível de exigência Defeito físico ou psicológico Gravidade ou perturbação do desenvolvimento Problemas de comportamento (agressividade, viciologia, mentiras, absentismo escolar, etc.) Insatisfação das expectativas dos pais (saúde, saúde, temperamento, etc.) Minimização da dependência ou alheamento Viver em lar ou instituição <p>Família/contexto de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidadores vítimas de maus tratos em criança Defeitos de competências parentais Alterações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente Atitudes de comportamento violento e/ou anti-social Desajustamento psicossocial / comportamentos activos (abusos de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.) Relações familiares conflituosas Existência de condições de habitabilidade Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários Ausência de suporte social familiar Ausência prolongada de um dos cuidadores Família disfuncional Insegurança económica / pobreza 	<p>Na criança/jovem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alto nível de desenvolvimento global Temperamento fácil Intimação segura à família/adulto de referência Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário Adaptação escolar Desenho de autonomia e comportamento exploratório Grupo de pares pró-social <p>Família/contexto de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Famíliares/competências parentais Rede de suporte familiar e social Família organizada, com regras e controlo da criança Bom relacionamento comunitário Capacidade de aceder aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros) Segurança económica 	<p>Na criança/jovem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Isolamento e reclusão Alterações emocionais, mentais ou físicas Defeito físico ou psicológico Gravidade ou perturbação do desenvolvimento Problemas de comportamento (agressividade, viciologia, mentiras, absentismo escolar, etc.) Insatisfação das expectativas dos pais (saúde, saúde, temperamento, etc.) Minimização da dependência ou alheamento Viver em lar ou instituição <p>Família/contexto de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidadores vítimas de maus tratos em criança Defeitos de competências parentais Alterações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente Atitudes de comportamento violento e/ou anti-social Desajustamento psicossocial / comportamentos activos (abusos de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.) Relações familiares conflituosas Existência de condições de habitabilidade Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários Ausência de suporte social familiar Ausência prolongada de um dos cuidadores Família disfuncional Insegurança económica / pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> Minimizar o agravamento dos maus tratos Colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais 	<ul style="list-style-type: none"> Alterar atitude activa e receptiva na recolha de informação Observar continuamente a evolução dos factores de risco/de protecção e especificamente o aparecimento de sinais de alerta e/ou de sinais ou sintomas de maus tratos Apelar os pais nas intervenções específicas e reforçar as competências que revelam 	<ul style="list-style-type: none"> Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil - Recolha e registo de informação relacionada com os factores de risco e/ou com as suas consequências no cuidar da criança/jovem Aumento da frequência dos actos de vigilância, se necessário Avaliação da gravidade da situação Observação periódica Visitação domiciliar, quando possível Observação periódica Articulação entre os profissionais das diferentes Unidades Funcionais do ACEI, dos hospitais e de outros parceiros do 1.º nível de intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável Enfermeiro/ Assistente Social Médico/ Enfermeiro/ Assistente Social/ Psicólogo

Fonte: ODS (2011)

38

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Papel do enfermeiro nos CSP

- Mantém um contacto periódico e estreito com a criança e família, efectuando um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e dos cuidados que recebe.
- Este contacto próximo permite observar disfunções nas relações pais-família e investigar as situações em que existe suspeita de Maus Tratos.
- Tem uma função privilegiada na:
 - Sensibilização sócio-educativa para estabelecer bases de educação adequadas e promover relações familiares positivas;
 - Deteção de algum tipo de lesão ou sequelas resultantes de Maus Tratos;
 - Deteção de atrasos de desenvolvimento ou problemas comportamentais que não tenham uma etiologia orgânica diagnosticada;
 - Deteção de risco ou perigo devido à incapacidade dos cuidadores;
 - Apoio dos cuidadores na satisfação das necessidades físicas e emocionais da criança.

39

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Princípios de Intervenção

- **Serenidade, ponderação e responsabilidade**
- **Art. 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro**
 - Interesse superior da criança
 - Privacidade
 - Intervenção o mais precoce possível
 - Intervenção mínima
 - Intervenção proporcional e actual
 - Exercício da responsabilidade parental
 - Obrigatoriedade da informação
 - Participação nos actos e audição obrigatória
 - Subsidiariedade na intervenção
- **Consentimento livre e esclarecido**
 - Pais ou representante legal
 - Criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos

40

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro

Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

- ✓ Prestar consultadoria aos profissionais/ equipas que lidam directamente com as situações.
- ✓ Dinamizar o funcionamento das redes:
 - Internas;
 - Externas (articulação com os parceiros da comunidade).
- ✓ Apoiar os profissionais no acompanhamento das situações.
- ✓ Avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção.


41

Maus Tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro


Conclusão

- Os Maus Tratos são considerados um problema de saúde pública que se reveste de particular gravidade nos grupos populacionais mais vulneráveis.
- Constituem um desafio particular para os profissionais de saúde, quer ao nível dos cuidados de saúde primários quer ao nível dos cuidados diferenciados.
- Conhecer os factores de risco e de protecção, estar desperto para identificar sinais e sintomas, assim como estabelecer um plano de intervenção, articulando com outros recursos, são elementos essenciais para prestarmos cuidados de enfermagem de qualidade e para garantirmos os direitos das crianças.

42



Bibliografia



- Assembleia da República (2005). Constituição da República Portuguesa, 7.ª Rev. Lisboa: Assembleia da República.
- Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (2010). Relatório anual de avaliação da actividade das Comissões de Protecção e Crianças e Jovens - 2009. Disponível em www.cnpccjr.pt.
- Decreto-Lei n.º 147/99. Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. (01-09-1999).
- Decreto-Lei n.º 98/98 de 18 de Abril.
- Diário da República, 1.ª série — N.º 195 — 24 de Agosto de 1990. Lei n.º 48/90 — Lei de Bases da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Crianças e Jovens em Risco. Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). Maus Tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Documento Técnico. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). Maus tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Magalhães, T. (2005). Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais (4ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de Posição sobre Protecção de Crianças. Disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>.
- Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro. Convenção sobre os Direitos da Criança.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto
- UNICEF (2003). A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocent Report, 5.

43

Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da ação de formação)

Designação do Curso: Maus tratos em crianças e jovens: o papel do enfermeiro	Data: 28/11/2012
Nome do formando (facultativo) Total de formandos = 8	
Local formação: Unidade de Saúde Familiar	

O objetivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à ação de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinala no respetivo ☐ na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta ação como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário				75%	25%
No seu desenvolvimento pessoal				50%	50%
Na excelência da sua equipa				87,5%	12,5%

2 – Como avalia a ação de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração				62,5%	37,5%
2.2 Importância do tema				0%	100%
2.3 Método de aprendizagem				62,5%	37,5%
2.4 Competência do formador				12,5%	87,5%
2.5 Apreciação Global				25%	75%

Pontos fortes desta ação de formação

Pertinência e actualidade do tema; partilha de experiências

Pontos fracos desta ação de formação

Nada a descrever

Ações de formação em que gostaria de participar

Nada a descrever

**Apêndice IX – Proposta de Instrumento para Avaliação de
Competências Parentais na Unidade de Cuidados
Especiais ao Recém-Nascido**

Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO E DO PROGENITOR CUIDADOR

Nome do Recém-Nascido (RN): _____

Data Nascimento: ____/____/____

Diagnóstico de Internamento: _____

Progenitor cuidador: _____

O progenitor cuidador do RN acompanha o internamento:

Diariamente

☐

Em dias alternados

☐

Cerca de dois dias por semana

☐

Uma vez por semana ou menos

☐

Se diariamente, por quanto tempo?

1 a 3 horas

☐

3 a 6 horas

☐

6 a 12 horas

☐

Mais de 12 horas

☐

O progenitor cuidador do RN é?

Interessado pelo RN

☐

Desinteressado pelo RN

☐

O progenitor cuidador do RN apresenta alguma patologia ou comportamento de risco susceptível de o limitar enquanto responsável pelos cuidados ao RN?

Não

☐

Sim

☐

Qual? _____

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

	Não	Sim
1. Reconhece os sinais de fome do RN		
2. Prepara o material necessário para o banho do RN		
3. Coloca o termómetro correctamente no RN		
4. Sabe o que deve fazer no caso de engasgamento do RN		
5. Acalma o RN quando ele chora		
6. Posiciona o RN correctamente no berço		
7. Muda a fralda ao RN quando ele necessita		
8. Identifica quando o RN tem calor		
9. Identifica quando o RN quer dormir		
10. Identifica a frequência e quantidade de urina do RN		
11. Identifica os sinais de infecção a que deve estar atento(a) no RN		
12. Identifica quando o RN quer carinho e que interaja com ele		
13. Posiciona o RN correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão		
14. Dá banho ao RN com técnica correcta		
15. Pega o RN ao colo de forma correcta		
16. Identifica os sinais que indicam que o RN está a mamar a quantidade suficiente de leite		
17. Consegue conciliar o internamento do RN com a restante vida familiar		
18. Sabe como deve preparar o ambiente em casa para a temperatura ser adequada para o RN		
19. Sabe como colocar o RN na cadeira de transporte para o deslocar de carro		
20. Identifica quando o RN bolsa ou vomita		
21. Identifica os sinais de dificuldade respiratória a que deve estar atento(a) no RN		
22. Identifica as características das dejeções do RN		
23. Identifica a temperatura a partir da qual o RN tem febre		
24. Identifica quando o RN tem a pele seca ou macerada		
25. Prepara a roupa adequada para o RN		
26. Posiciona o RN de forma correcta para eructar		
27. Reconhece que falar e acarinhar o RN ajuda-o a aprender e a desenvolver-se		
28. Identifica as instituições de saúde que deve contactar se tiver dificuldades em casa		
29. Identifica se a temperatura da água do banho é adequada para o RN		
30. Identifica as competências do RN que permitem o seu desenvolvimento		
31. Sabe como deve preparar o ambiente para o RN dormir		
32. Identifica o motivo do choro do RN		
33. Identifica os sinais de frio no RN		

Enf: _____

Data: __/__/__

Apêndice X – Proposta de Sessão de Formação na Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Data/Hora: A definir

População-alvo: Equipa de Enfermagem da UCERN

Duração: 45 min.

Prelectora: Susana Rodrigues

Local: UCERN

Objectivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCERN para a sua intervenção na prevenção dos maus tratos.

Objectivos Específicos:

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir os conceitos básicos sobre os maus tratos;
- Caracterizar os diferentes tipos de maus tratos;
- Conhecer o enquadramento legal dos maus tratos;
- Identificar os factores de risco e os factores protectores dos maus tratos
- Reconhecer a responsabilidade do Hospital e dos enfermeiros nos maus tratos;
- Identificar o papel da equipa de enfermagem na UCERN na prevenção primária e secundária dos maus tratos.


Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Objectivos gerais e específicos • Pertinência do tema 	Expositivo Interrogativo	Data-show Computador	Avaliação inicial: - Diagnóstico das necessidades	5 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento legal dos maus tratos em crianças e jovens • Definição de maus tratos • Classificação de maus tratos: <ul style="list-style-type: none"> - Negligência - Mau trato físico - Abuso sexual - Mau trato psicológico - Síndrome de Munchausen por Procuração • Dinâmica dos maus tratos: <ul style="list-style-type: none"> - Conceito de risco e perigo - Factores de risco - Factores de protecção • Intervenção: 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação formativa: - Observação da participação da equipa	30 minutos

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> - Objectivos da intervenção - Níveis de intervenção - Princípios de intervenção • Responsabilidade dos serviços de saúde • Responsabilidade do enfermeiro • Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco • Prevenção: <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção primária na UCERN - Prevenção secundária na UCERN 				
Síntese final <ul style="list-style-type: none"> • Conclusão • Bibliografia • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo Interrogativo	Computador Data-show	Avaliação sumativa: - Observação da participação da equipa	10 minutos

DIAPOSITIVOS PARA APRESENTAR NA SESSÃO DE FORMAÇÃO

3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos



Susana Rodrigues

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Objectivos

Objectivo geral

- Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCERN para a sua intervenção na prevenção dos maus tratos.

Objectivos específicos

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir os conceitos básicos sobre os maus tratos;
- Caracterizar os diferentes tipos de maus tratos;
- Conhecer o enquadramento legal dos maus tratos;
- Identificar os factores de risco e os factores protectores dos maus tratos;
- Reconhecer a responsabilidade do Hospital e dos enfermeiros nos maus tratos;
- Identificar o papel da equipa de enfermagem na UCERN na prevenção primária e secundária dos maus tratos.

2

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Pertinência

- Em 2003, Portugal ocupava o primeiro lugar nos casos de maus tratos a crianças com consequências mortais (66 vítimas mortais/ano).
(UNICEF, 2003)
- Em 2009 a CPCJ acompanhou 66 896 processos. A negligência foi o principal problema nos processos instaurados, seguida da exposição a modelos de comportamento desviantes, abandono escolar, maus tratos psicológicos e por fim maus tratos físicos.
(CNPCJR, 2010)
- O enfermeiro, enquanto profissional de saúde no geral, e como profissional do cuidado humano em particular, assume um papel essencial na defesa dos direitos da criança.
(Ordem dos Enfermeiros, 2007)
- “Muitas vezes, é a desinformação profissional que impede que se detectem e tratem estes casos [de maus-tratos] de forma atempada e correcta.”
(Magalhães, 2005, p.20)

3

Pertinência

- Todos os prematuros têm maior probabilidade de virem a ser maltratados e negligenciados pelos pais devido a serem percebidos como mais difíceis (Barros, 2003).
- Nos últimos 20 a 25 anos, estudos demonstram que os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. O síndrome da criança sujeita a agressão é 8 vezes mais frequente no caso de bebés que passam por tratamento intensivo neonatal do que nos RN de termo e saudáveis (Marques e Sá, 2004).



4

Legislação

"As crianças têm direito à protecção do Estado e da sociedade"

(Constituição da República Portuguesa - Art. 69.º)

"Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança" (Art. 3.º, n.º 1 da CDC).

"Os Estados Parte tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual" (Art. 19.º da CDC).

(Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro)

5

Legislação

Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base II – alínea c)

"São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes"

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto

Criação do Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC)

DL n.º 98/98, de 18 de Abril

Cria a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

6

Maus - Tratos

"Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma responsabilidade, confiança e (ou) poder."

(Magalhães, 2005, p.33)

Causa sequelas físicas, cognitivas, afectivas e sociais ou mesmo a morte.



Afecta o crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade.

7

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência
2. Mau Trato Físico
3. Abuso Sexual
4. Mau Trato Psicológico
5. Síndrome de Munchausen por Procuração

(DGS, 2008)

8

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem, a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

- Engloba actos manifestados de forma activa ou passiva (por omissão) no contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidador.
- Acção pode ser voluntária (com intenção de dano) ou involuntária (por incapacidade do prestador de cuidados).

9

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Classificação de Maus Tratos

I. Negligência

Formas de Negligência

- ❖ Intra-uterina
- ❖ Física
- ❖ Emocional
- ❖ Educacional
- ❖ Falta de supervisão/ orientação
- ❖ Social
- ❖ Mendicidade/ exploração
- ❖ Abandono



10


A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Classificação de Maus Tratos

I. Negligência

Sinais

- Carência de higiene (sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos, pediculose, cárie dentária, eritema perineal prolongado ou recorrente);
- Inexistência da rotinas (alimentação, ciclo de sono);
- Vestuário desadequado e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada;
- Doença crónica sem cuidados adequados;
- Intoxicações acidentais repetidas;
- Hematomas e/ou outras lesões inexplicadas;
- Acidentes frequentes por falta de supervisão;
- Atraso ou incumprimento do PSIJ e do PNV.



11


A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Classificação de Maus Tratos

I. Negligência

Sinais físicos de negligência prolongada

- Progressão ponderal deficiente;
- Cabelo fino;
- Abdómen proeminente;
- Arrefecimento persistente;
- Mãos e pés avermelhados;
- Atraso no desenvolvimento sexual.



12

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sintomas

- Atraso no desenvolvimento psicológico e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização);
- Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agitação psicomotora, agressividade;
- Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (ex: roubar alimentos, comer obsessivamente);
- Dificuldades na aprendizagem, absentismo escolar sem justificação, pobre relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos apelativos, anti-sociais;
- Falta de acompanhamento dos menores na escola por parte dos pais.



13

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

É uma acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Ex.: síndrome da criança abanada, queimaduras, fracturas, traumatismo craniano, lesões abdominais, afogamento, intoxicação provocada.



14

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Indicadores

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;
- Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação;
- Demora na procura de cuidados médicos;
- História de lesões repetidas;
- Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões).



Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Sinais

- Lesões com diferentes estadios de evolução (equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise;
- Traumatismo craniano em criança < 1 ano de idade, com história incoerente;
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental para a faixa etária da criança (equimose da face, especialmente à volta dos olhos, zonas laterais; pavilhão auricular; boca; pescoço; genitais e nádegas; hematomas de contusão provocados próximo das extremidades);
- Lesões com diferentes localizações (não sendo localização própria de lesão accidental);



16

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Sinais

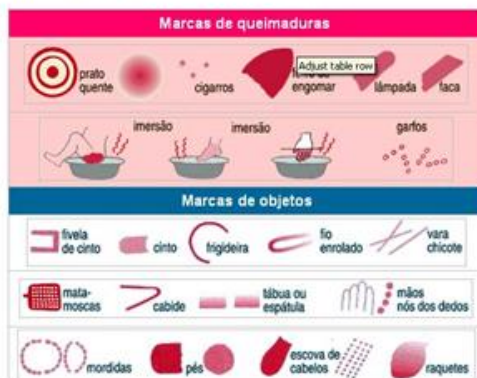
- Lesões desenhando marcas de objectos (marcas de fivela, corda, régua);
- Queimaduras múltiplas, actuais ou cicatrizadas, e com fácil identificação do objecto causador (queimadura de cigarro nas palmas das mãos, plantas dos pés, genitais e nádegas; "padrão luva e meia");
- Marcas de mordedura;
- Alopecia traumática;
- Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais).



17

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico



18

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Síndrome da criança abandonada

Sinais

- Alterações de consciência;
- Letargia, irritabilidade;
- Anisocória;
- Aspecto pálido ou cianosado;
- Vômitos;
- Capacidade de sucção e deglutição diminuída;
- Diminuição do apetite;
- Dificuldade respiratória;
- Incapacidade em levantar e/ou virar a cabeça;
- Hemorragia da retina.

Sintomas

- Cegueira parcial ou total;
- Perda de audição;
- Convulsões;
- Atraso no desenvolvimento;
- Limitações cognitivas;
- Dificuldades na linguagem;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Problemas de memória e atenção;
- Atraso mental.



19

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Quando ocorre envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte, baseando-se numa relação de poder e autoridade. Inclui toda a forma de contacto sexual directo ou indirecto.

Ex.: penetração vaginal, oral ou anal; masturbação da, ou pela, criança; exposição dos genitais à criança; exploração através de pornografia e fotografia.



20

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sinais

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, inflamação, infecção);
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Infecção sexualmente transmissível;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral, laceração do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Presença de espermatozoides no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas no corpo ou na roupa da criança/jovem (ex: lubrificantes);
- Verrugas ou condilomas perineais e anais;
- Gravidez.



21

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sintomas gerais

- Dor na região vaginal ou anal;
- Prurido vulvar;
- Disúria;
- Obstipação e encoprese;
- Enurese secundária.



Sintomas nas crianças

- Condutas sexualizadas (interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais, masturbação compulsiva, desenhos ou brincadeiras sexuais específicas);
- Perturbações funcionais (anorexia, bulimia, terrores nocturnos, dores abdominais recorrentes e/ou inexplicáveis);
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- Dificuldade no relacionamento com as outras crianças;
- Comportamentos agressivos.



22

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sintomas nos jovens

- Comportamentos aparentemente bizarros;
- Dormir vestido com a roupa de dia;
- Urinar de propósito na cama esperando que os lençóis molhados afastem o abusador;
- Destruir ou ocultar características pessoais que possam ser atractivas;
- Recusa em tomar banho ou despir nos vestiários;
- Recusa em ir à escola ou em voltar para casa;
- Perturbações do foro sexual;
- Comportamentos eróticos desadequados;
- Repulsa em relação à sexualidade;
- Depressão, auto-mutilação, ideação suicida, fuga;
- Abuso de álcool e drogas, delinquência, prostituição.



23

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.

Ex.: abandono temporário, insultos verbais, abandono afectivo, ausência de afecto, ridicularização e desvalorização, hostilização e ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, culpabilização, humilhação, observação ou envolvimento em violência doméstica, aplicação de castigos desproporcionados.



Tende a ser desvalorizado em ambientes familiares onde não exista carências económicas.

24

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sinais

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura;
- Auto-mutilação.

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações funcionais

- Appetite (anorexia, bulimia);
- Sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- Controle dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Fala (gaguez);
- Choro incontrolado;
- Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Interrupção da menstruação na adolescência.



25

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações cognitivas e relacionais

- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Perturbações da memória para as experiências do abuso;
- Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- Alterações da memória, concentração e atenção;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Sentimentos de vergonha e culpa;
- Medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- Perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil / adulto);
- Dificuldade em lidar com situações de conflito;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta a estímulos sociais.

26

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações do comportamento

- Desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- Falta de curiosidade e do natural comportamento exploratório;
- Défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- Fugas de casa ou relutância em regressar a casa;
- Comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos;
- Comportamentos obsessivos e/ou bizarros;
- Acidentes muito frequentes;
- Problemas escolares (mau rendimento, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições);
- Comportamentos desviantes (delinquência, abuso de álcool e drogas, prostituição);
- Tristeza e perturbações do sono.



27

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Alterações do foro psiquiátrico

- Agitação, hiperactividade;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Mudanças de comportamento e de humor;
- Comportamento obsessivo-compulsivo, auto-mutilação, tentativa de suicídio;
- Neuroses graves (fobias, manias);
- Alterações da personalidade, psicoses;
- Regressão do comportamento;
- Falta de integração entre o pensamento e a linguagem.



28

Classificação de Maus Tratos

5. Síndrome de Munchausen por Procuração

Ocorre quando um familiar atribui à criança sinais e sintomas vários com o intuito de convencer a equipa médica da existência de uma doença, levando à hospitalização ou recurso a técnicas evasivas.

- Forma rara de maus tratos
- Difícil diagnóstico

Ex.: administração de droga/medicamento para provocar sintomatologia; semi-sufocar; contaminar amostras de urina.

29

Dinâmica dos Maus-Tratos

Os Maus-Tratos resultam da conjugação de diferentes factores (de risco, protecção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação. Só dessa forma se tornará viável a prossecução dos objectivos da intervenção em saúde.

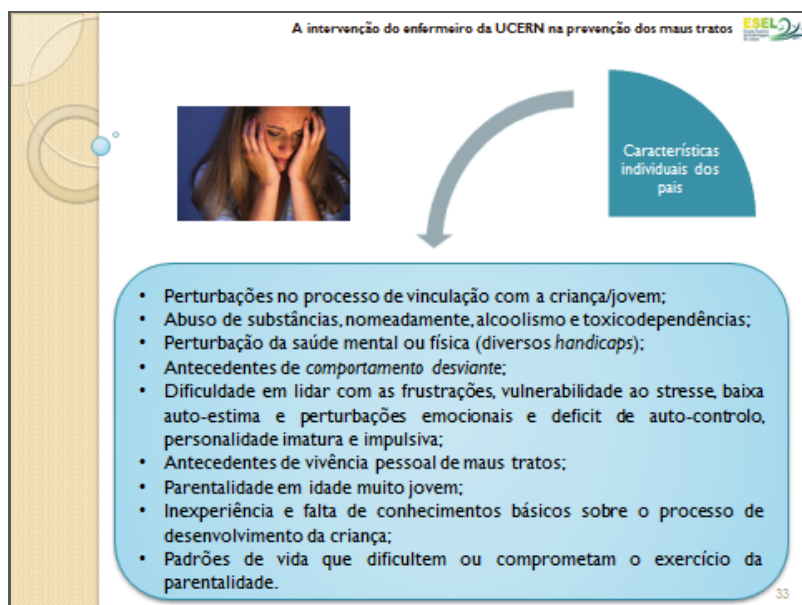
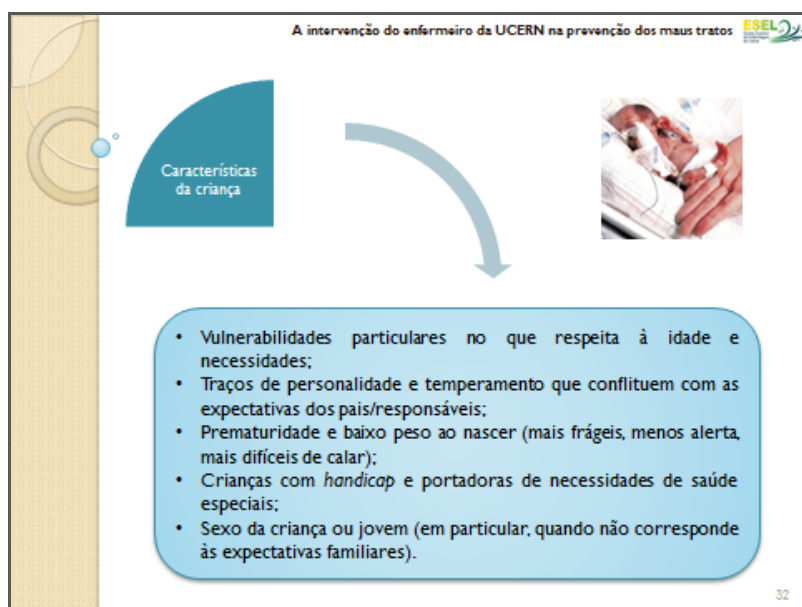
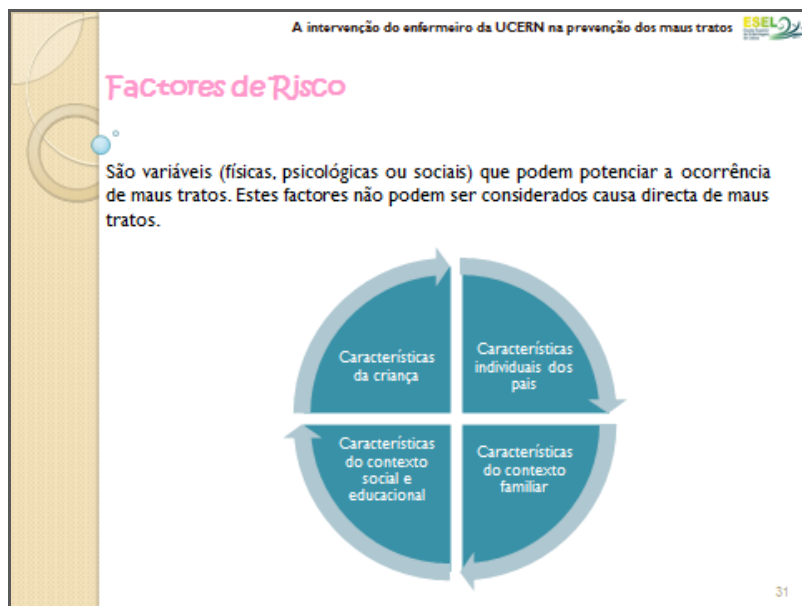


RISCO


É um perigo potencial para o cumprimento dos direitos da criança, relativamente à segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

Quando os factores de risco não são controlados podem surgir situações de **PERIGO**.

30



A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos




Características do contexto familiar

- Vinculação insegura, problemas de comunicação e/ou défice no exercício das responsabilidades parentais;
- Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares - situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.;
- Deficite de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável;
- Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar – relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio;

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Características do contexto social e educacional



Bater nas crianças resolve?

- Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal;
- Tolerância social para a educação através da punição física;
- Escassez na efectividade dos mecanismos de punição da violência intra familiar;
- Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar;
- Contextos sociais problemáticos;
- Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Factores de Protecção

• São variáveis (físicas, psicológicas ou sociais) que beneficiam o desenvolvimento individual e social, podendo moderar os factores de risco.

Ex.: rede familiar e social de apoio, vinculação segura, boas competências parentais, bom nível de desenvolvimento da criança, temperamento fácil, grupo de pares pró-social,...

- ❑ **Factores individuais:** boa auto-estima; desejo de autonomia e capacidade de pedir ajuda.
- ❑ **Factores relacionais:** forte vinculação, relação afectiva securizante.
- ❑ **Factores da comunidade:** encaminhamento para centros de saúde, outras instituições que apoiam determinados tipos de doença, visita domiciliária, meio escolar integrador, apoio social disponível e grupos formais e informais de pares, entre outros.

Intervenção

OBJECTIVOS

- **Proteger** a criança e o jovem;
- Intervir no risco para **prevenir evolução para o perigo**;
- **Evitar** a recorrência.

37

Níveis de Intervenção



Princípio da Subsidiariedade

38

Princípios de Intervenção

- **Serenidade, ponderação e responsabilidade**
- **Art. 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro**
 - Interesse superior da criança
 - Privacidade
 - Intervenção o mais precoce possível
 - Intervenção mínima
 - Intervenção proporcional e actual
 - Exercício da responsabilidade parental
 - Obrigatoriedade da informação
 - Participação nos actos e audição obrigatória
 - Subsidiariedade na intervenção
- **Consentimento livre e esclarecido**
 - Pais ou representante legal
 - Criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos

39

Responsabilidades dos Serviços de Saúde

Responsabilidade particular

Detecção precoce de contextos
Factores de risco
Sinais de alarme
Acompanhamento
Sinalização



Barreiras

Desconforto
Défice de informação e preparação técnica
Ausência de protocolos formais e apoio institucional
Assunção de outras prioridades
Desconhecimento das redes de apoio
Falta de confiança nas instituições

40

Responsabilidades do Enfermeiro

“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”

(Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78.º, n.º 1)

Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros (2007):

- A protecção da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e todas as situações.
- Em todas as situações deve garantir-se a satisfação das suas necessidades humanas básicas, o que não acontecendo constitui também uma forma de violência infantil.
- O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, **salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso** (artigo 81.º, alínea b) e **encaminhar para outro profissional** (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência (artigo 83.º, alínea b), atendendo ao contexto concreto.

(Código Deontológico do Enfermeiro)

41

Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)

- ✓ Prestar consultadoria aos profissionais/ equipas que lidam directamente com as situações.
- ✓ Dinamizar o funcionamento das redes:
 - Internas;
 - Externas (articulação com os parceiros da comunidade).
- ✓ Apoiar os profissionais no acompanhamento das situações.
- ✓ Avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção.

42

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Prevenção

Primária

- Tem como objectivo evitar que surjam novos casos na população em geral
- Orienta-se para a modificação de vastas estruturas e situações sociais que se pensa estarem associadas aos maus-tratos.

Secundária

- Visa detectar e tratar precocemente os casos em elevado risco ou já em perigo, nos quais a probabilidade de ocorrerem maus-tratos é muito elevada, porque se reconhecem factores de risco.

Terciária

- Trata os casos de crianças já maltratadas para que os maus-tratos deixem de ocorrer o mais cedo possível e tenta minimizar as sequelas derivadas dos mesmos.

43

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos


Prevenção Primária na UCERN

- Melhorar as competências parentais
- Promover a vinculação
- Investir na promoção da saúde
- Cuidar em parceria

A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Prevenção Primária na ÚCERN

Proposta de instrumento para avaliação de competências parentais na UCERN



Unidade de Cuidados Especiais do Raciãozinho

PROVA DE CONHECIMENTOS BÁSICOS EM SAÚDE PÚBLICA

CLASSIFICAÇÃO DO CANDIDATO DE ACORDO COM O RESULTADO DA PROVA

Nome do Candidato: _____

Data Inscrição: _____

Designação do Candidato: _____

Progr. Inscrição: _____

0 - primeiro candidato do bloco de candidatos a vaga:

Discriminação: _____

Ordem de inscrição: _____

Nome do candidato: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

0 - primeiro candidato do bloco de candidatos a vaga:

Discriminação: _____

Ordem de inscrição: _____

Nome do candidato: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

1 - segundo candidato do bloco de candidatos a vaga:

Discriminação: _____

Ordem de inscrição: _____

Nome do candidato: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

2 - terceiro candidato do bloco de candidatos a vaga:

Discriminação: _____

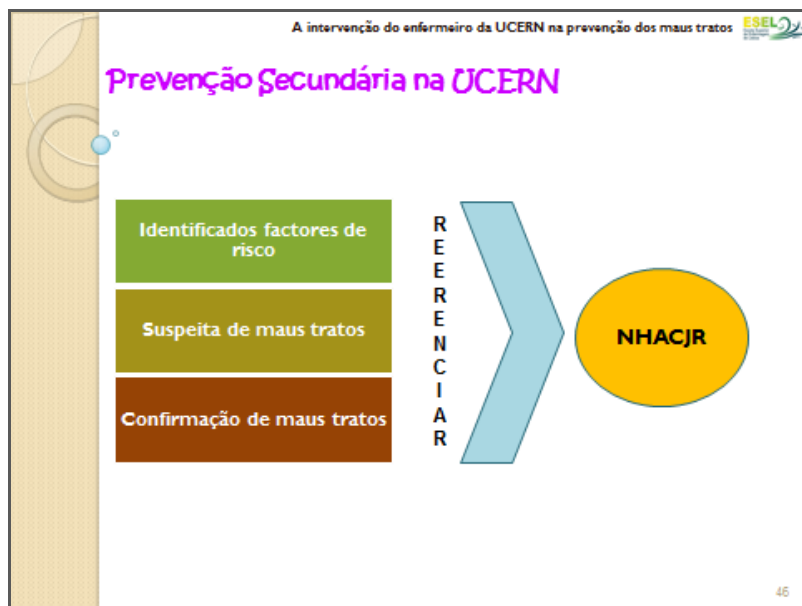
Ordem de inscrição: _____

Nome do candidato: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

45



A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos

Prevenção Secundária na UCERN

Ficha referenciação

47

- A intervenção do enfermeiro da UCERN na prevenção dos maus tratos
- ### Papel da Equipa de Enfermagem
- ✓ Desenvolvimento das competências parentais
 - ✓ Promoção da vinculação
 - ✓ Investimento na promoção da saúde
 - ✓ Parceria de cuidados com os pais
 - ✓ Detecção e encaminhamento de situações de risco
-
- 48

Conclusão

- Os maus tratos são considerados um problema de saúde pública que se reveste de particular gravidade nos grupos populacionais mais vulneráveis.
- Os profissionais de saúde são fundamentais em todo o processo de protecção à infância.
- Conhecer os factores de risco e de protecção, estar desperto para identificar sinais e sintomas, assim como estabelecer um plano de intervenção, articulando com outros recursos, são elementos essenciais para prestarmos cuidados de enfermagem de qualidade e para garantirmos os direitos das crianças.

49

Bibliografia

- Assembleia da República (2005). Constituição da República Portuguesa, 7.ª Rev. Lisboa: Assembleia da República.
- Barros, L. (2003). Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (2010). Relatório anual de avaliação da actividade das Comissões de Protecção e Crianças e Jovens - 2009. Disponível em www.cncpj.rp.pt.
- Decreto-Lei n.º 147/99. Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (01-09-1999).
- Decreto-Lei n.º 98/98 de 18 de Abril.
- Diário da República, 1.ª série — N.º 195 — 24 de Agosto de 1990. Lei n.º 48/90 — Lei de Bases da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Crianças e Jovens em Risco. Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). Maus Tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Documento Técnico. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). Maus tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Magalhães, T. (2005). Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático para profissionais (4ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, S. M. N., & Sá, M. G. S. (2004). Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade. Referência, 11, 33-41.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de Posição. Protecção de Crianças. Disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>.
- Resolução da Assembleia da República n.º 20/90 de 12 de Setembro. Convenção sobre os Direitos da Criança.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto.
- UNICEF (2003). A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocent Report, 5.

50

Apêndice XI – Proposta de Instrumento para Relatório de Enfermagem

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DADOS IDENTIFICATIVOS DA CRIANÇA

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Data de Internamento:

Data de Alta:

Destino:

DADOS IDENTIFICATIVOS DO CUIDADOR

Nome:

Grau de Parentesco:

Morada:

Contacto:

DESCRIÇÃO DE LESÕES E TRATAMENTOS REALIZADOS

COMPORTAMENTO OBSERVADO NA CRIANÇA

COMPORTAMENTO OBSERVADO NO(S) CUIDADOR(ES)

ASPECTOS A DESTACAR NA INTERACÇÃO CUIDADOR(ES) – CRIANÇA

Data: _____

Assinatura: _____

**Apêndice XII – Orientação Técnica: “Avaliação e Prestação de Cuidados
no Serviço de Urgência Pediátrica a Vítimas
de Abuso Físico e/ou Sexual”**

Procedimento N.º <número procedimento>
Avaliação e prestação de cuidados
no Serviço de Urgência Pediátrica a
vítimas de abuso físico e/ou sexual
Revisão <xx>

Data Criação	15-2-2013	Data Aprovação	<dd-mm-aaaa>
Responsáveis pela Elaboração	Susana Rodrigues NHACJR	Responsáveis pela Aprovação	<listas de nomes>
Data Última Alteração	<dd-mm-aaaa>	Data Próxima Revisão	<dd-mm-aaaa>
Âmbito	<Indicar o âmbito onde se insere este procedimento. Se o procedimento existir numa incitativa de estruturação de processo/protocolo, então o processo/protocolo é o próprio âmbito. Se não for o caso descrever o campo ou área de aplicação>		

Este documento é CONFIDENCIAL e de uso exclusivo do Hospital, sendo expressamente proibida qualquer forma de exposição ou utilização da informação aqui apresentada e/ou sua reprodução, cópia ou transmissão, por qualquer meio ou instrumento, no todo ou em parte, sem a prévia e formal autorização.

Nome

Avaliação e prestação de cuidados no Serviço de Urgência Pediátrica a vítimas de abuso físico e/ou sexual

Objectivo

Uniformizar a actuação por parte dos profissionais de saúde no Serviço de Urgência Pediátrica perante criança/jovem vítima de abuso físico e/ou sexual..

Participante(s)

Todos os profissionais de saúde do Serviço de Urgência Pediátrica e elementos do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR).

Notas Técnicas

A natureza pública dos crimes de abuso sobre crianças (violência doméstica, maus tratos e crimes sexuais) implica a abertura de inquérito penal logo que haja conhecimento de factos que os possam integrar, existindo um inequívoco dever de denúncia por parte daqueles que deles tomam conhecimento, nos quais se incluem os profissionais dos serviços de saúde.

Maus tratos

Qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.

Formas clínicas: negligência (inclui abandono e mendicidade), mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e Síndrome de *Munchausen* por Procuração.

Mau trato físico

O mau trato físico resulta de qualquer acção não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico.

Abuso sexual

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha.

Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Violação sexual (artigo 164º do Código Penal)

Desde que a prática de acto sexual envolvendo cópula, coito anal ou coito oral, seja feita por meio de violência, ameaça grave, ou depois de para esse fim, a vítima ter sido tornada inconsciente ou posta na impossibilidade de resistir.

Perigo e risco

O **risco**, sendo um conceito mais lato que o de perigo, diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir a sofrer de maus tratos.

O **perigo**, que adquire um sentido mais concreto, corresponde à objectivação do risco.

As **situações de perigo** encontram-se consagradas no n.º 2 do art.º 3.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP):

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;

f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Contudo, e atendendo ao carácter meramente exemplificativo do referido preceito legal, outros casos não especificados no mesmo poderão caber igualmente no grupo das “situações de perigo”.

Pré-Condições

Vítima de abuso físico e/ou sexual com inscrição no Serviço de Urgência Pediátrica (idade até 17 anos e 365 dias).

Sequência Lógica de Tarefas

1. Recolha de informação

1.1. Triagem no Serviço de Urgência Pediátrica pelo enfermeiro e observação pelo chefe de equipa médica excepto se estiver de urgência algum destes elementos pertencente ao NHACJR.

1.2. Idealmente, a informação sobre o alegado abuso deve ser colhida junto de quem acompanha a criança ou jovem menor de idade (se necessário separadamente). Os adolescentes têm direito a consulta individual. Durante a entrevista o profissional de saúde deve assegurar a privacidade e confidencialidade, estabelecer uma relação de confiança e ouvir de modo empático a criança e acompanhante sem emitir juízos de valor nem envergonhar a família.

1.3. Durante o horário de funcionamento do Serviço Social (dias úteis das 08h – 20h) contactar Técnica de Serviço Social do NHACJR para entrevista conjunta com o médico.

1.4. Se for imprescindível a entrevista directa à criança ou jovem para melhor esclarecimento de alguns dados, esta deverá limitar-se ao minimamente indispensável para evitar a vitimização secundária e a contaminação do relato da criança ou jovem face ao exame de psicologia forense que, idealmente, deverá ter sempre lugar.

1.5. Contactar Psicóloga do NHACJR ou Urgência de Pedopsiquiatria se grande ansiedade, angústia, agressividade, alterações comportamentais graves ou antecedentes psiquiátricos prévios.

1.6. Preencher a Ficha de Colheita de Dados no Serviço de Urgência e a Ficha Sinalização ao NHACJR.

2. Exame objectivo e registo fotodocumental

2.1. Em qualquer uma das fases do atendimento, deve ser tomado em consideração que antes da colheita de vestígios/amostras biológicas, para evitar a destruição das provas, a vítima deve evitar:

- Comer, beber ou fumar.
- Urinar ou defecar. Se não for possível evitar, deve recolher-se amostras em recipientes adequados.
- Lavar o corpo (incluindo mãos, boca, órgãos genitais).
- Mudar de roupa ou deitar fora a roupa usada durante a agressão. No caso de mudança de roupa esta deve ficar guardada em saco de papel devidamente fechado.
- Pentear-se ou escovar-se.

2.2. Deve obter-se sempre a concordância e colaboração da criança ou jovem (desde que tenha capacidade para compreender e colaborar) para a realização do exame físico, colheita de vestígios e fotodocumentação, explicando-se claramente todos os procedimentos que irão ter lugar e o porquê da sua realização, ainda que, naturalmente, de forma adaptada à sua capacidade de compreensão.

2.3. Consentimento informado para observação física e colheita de vestígios - Deve ser pedido oralmente a todo o adolescente ou adulto capaz de o dar ou ao seu representante, no caso de menores com idade inferior a 16 anos ou pessoas que não tenham o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o prestam. No caso da criança ou jovem recusar exame é necessário tentar perceber o motivo e diferir esse exame para outro momento, excepto em situação de urgência médico-legal. Ninguém deverá ser obrigado a submeter-se à realização de exame físico (a não ser por ordem legítima e fundamentada de um juiz).

2.4. Consentimento informado para fotodocumentação - Deve ser pedido por escrito [lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro (Código Penal), art.º 192.º] e assinado (pelo adolescente com mais de 16 anos ou responsável legal se idade inferior) por norma, em duplicado para que uma das vias possa ficar na posse do doente e a outra seja apensa ao processo clínico.
Nota: Evitar identificação directa da vítima.

3. Abuso sexual

3.1. Não esquecer que frequentemente, o abuso sexual é perpetrado sem que haja qualquer indício físico de que tenha ocorrido, facto que pode dificultar o diagnóstico, pelo que o índice de suspeição deve ser elevado.

3.1.1. Se o episódio ocorreu há menos de 72h (mesmo que continuado)

- Nesta situação ter especial atenção à nota anteriormente referida sobre medidas a tomar para evitar destruição de provas!
- Contactar Instituto Nacional de Medicina Legal (INML).
- Salvo indicação em contrário do Perito Médico-Legal não deverá ser realizada nenhuma observação nem colheita que possa comprometer as investigações ulteriores / preservação da prova para efeitos processuais penais.
- Realizar teste imunológico de gravidez.
- Iniciar contracepção de emergência.

3.1.2. Se o episódio ocorreu há mais de 72h

- Exame físico completo.
- Exame região ano-genital.
- Vítima do sexo feminino: pedir colaboração de Ginecologia (deverão fazer as colheitas para despiste de DST na altura da observação); realizar teste imunológico de gravidez; iniciar contracepção de emergência
- Vítima do sexo masculino: inspecção das coxas, pénis, escroto e períneo.

4. Avaliação do risco

4.1. Ver algoritmo maus tratos – abordagem em situação de perigo (Anexo 1).

4.2. É necessária a protecção imediata nas situações em que:

- A criança foi gravemente maltratada;
- Há perigo para a vida da criança;
- O mau trato é recorrente e pode agravar-se;
- O contexto em que a criança vive não é seguro;
- Avaliar o risco de comportamentos auto-agressivos ou suicídio;
- Avaliar se há co-ocorrência de outras violências no contexto familiar/existência de outros menores em risco.

Resultado Final

Adequado encaminhamento da vítima de abuso físico/sexual, garantindo a sua segurança e a integridade das provas.

Localização

Serviço de Urgência Pediátrica

Lista de Referências

Centers for Disease Control and Prevention Sexually (2006). Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. MMWR, 55 (RR-11), p.1-94.

Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro - Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco.

Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro (Lei de protecção de crianças e jovens em perigo).

Magalhães, T. (2010). *Abuso de crianças e jovens: da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel.

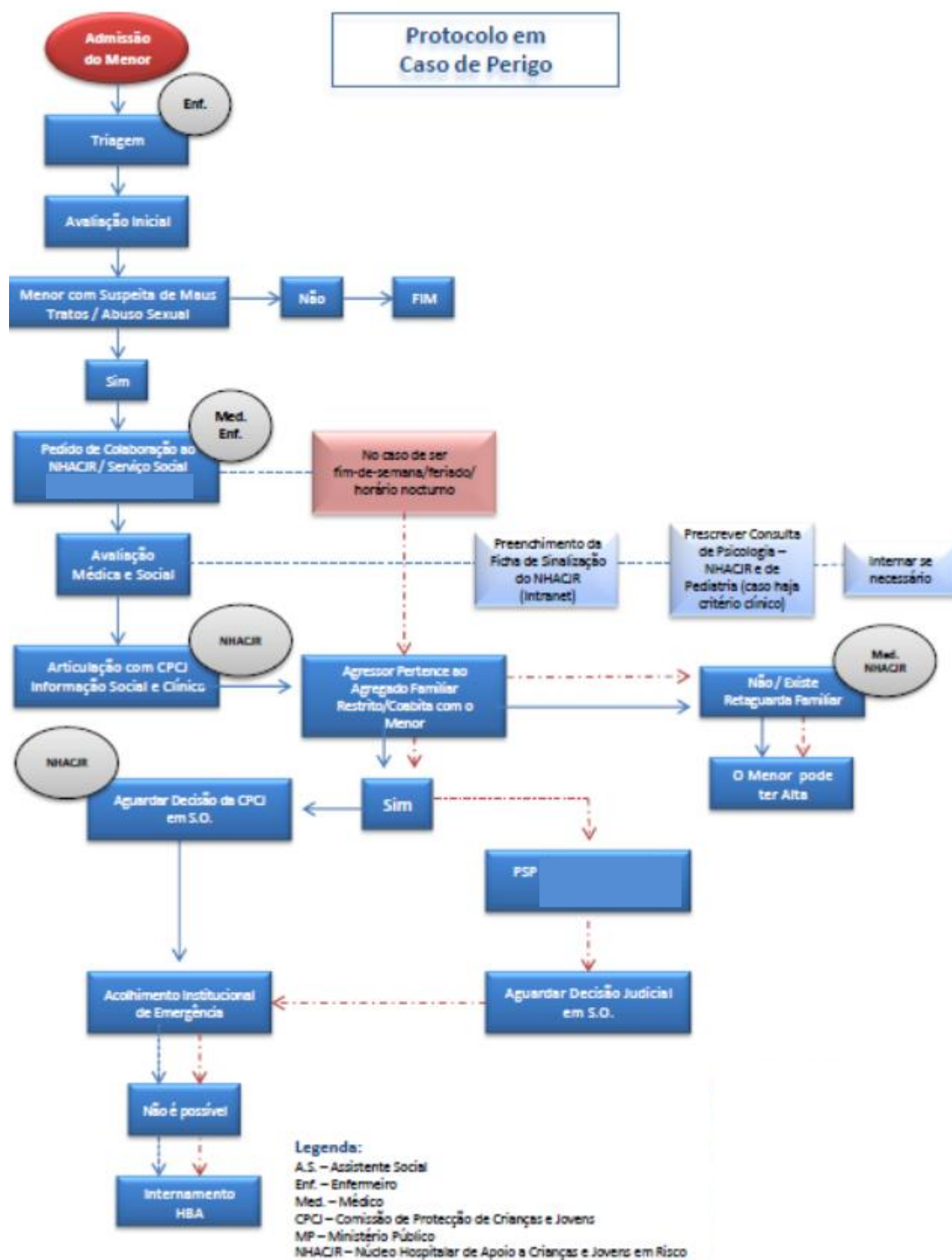
Magalhães, T.; Ribeiro, C. S.; Jardim ,P.; Vieira, D. N. (2011). Procedimentos forenses no âmbito da recolha de informação, exame físico e colheita de vestígios em crianças e jovens vítimas de abuso físico e/ou sexual. Acta Med Port., 24(2), p.339-348.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/a-accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/documentos.aspx>

Histórico de Revisões

Revisão	Data	Descrição	Autores
<xx>	<dd/mm/aaaa>	<detalhes>	<lista de nomes>

Anexo 1- Protocolo em caso de perigo



Apêndice XIII – Instrumentos da Sessão de Formação no Serviço de Urgência Pediátrica

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Maus tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

População-alvo: Equipa de Enfermagem do SUP

Prelectora: Susana Rodrigues

Datas/Hora: 18 Fevereiro 2013 / 14h

19 Fevereiro 2013 / 14h

Duração: 45 min.

Local: Sala de reuniões do SUP

Objectivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica para a intervenção do enfermeiro perante situações de maus tratos em crianças e jovens.

Objectivos Específicos:

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir os conceitos básicos sobre os maus tratos;
- Caracterizar os diferentes tipos de maus tratos;
- Conhecer o enquadramento legal dos maus tratos;
- Identificar os factores de risco e os factores protectores dos maus tratos
- Reconhecer a responsabilidade do Hospital e dos enfermeiros nos maus tratos;
- Identificar o papel da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica perante situações de maus tratos.

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Objectivos gerais e específicos • Pertinência do tema 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação inicial: - Observação da participação da equipa	5 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento legal dos maus tratos em crianças e jovens • Definição de maus tratos • Classificação de maus tratos: <ul style="list-style-type: none"> - Negligência - Mau trato físico - Abuso sexual - Mau trato psicológico - Síndrome de Munchausen por Procuração • Dinâmica dos maus tratos: <ul style="list-style-type: none"> - Conceito de risco e perigo - Factores de protecção - Factores de risco - Factores de agravamento/crises de vida 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação formativa: - Observação da participação da equipa	30 minutos

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenção: <ul style="list-style-type: none"> - Objectivos da intervenção - Níveis de intervenção - Princípios de intervenção • Responsabilidades dos serviços de saúde • Responsabilidades e papel do enfermeiro • Actuação no Serviço de Urgência • Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco 				
Síntese final <ul style="list-style-type: none"> • Conclusão • Bibliografia • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo Interrogativo	Computador Data-show Questionário de avaliação da sessão	Avaliação sumativa: - Observação da participação da equipa - Questionário de avaliação da sessão	10 minutos

DIAPPOSITIVOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE FORMAÇÃO

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

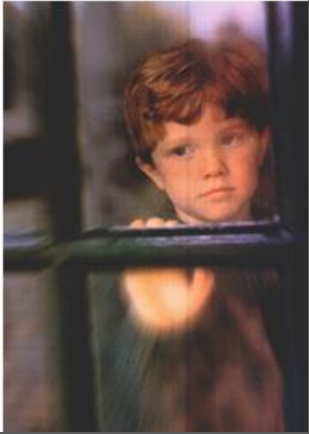
3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Saúde Infantil e Pediatria
Serviço de Urgência Pediátrica


Maus Tratos em crianças e jovens

A intervenção do enfermeiro

Susana Rodrigues

Fevereiro 2013





Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro **ESEL**

Objectivos

Objectivo geral


- Sensibilizar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica para a intervenção do enfermeiro perante situações de maus tratos em crianças e jovens.

Objectivos específicos

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Definir os conceitos básicos sobre os maus tratos;
- Caracterizar os diferentes tipos de maus tratos;
- Conhecer o enquadramento legal dos maus tratos;
- Identificar os factores de risco e os factores protectores dos maus tratos;
- Reconhecer a responsabilidade do Hospital e dos enfermeiros nos maus tratos;
- Identificar o papel da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica perante situações de maus tratos.

2



Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro **ESEL**

Pertinência

- Em 2003, Portugal ocupava o primeiro lugar nos casos de Maus Tratos a crianças com consequências mortais (66 vítimas mortais/ano).
(UNICEF, 2003)
- Em 2009 a CPCJ acompanhou 66 896 processos. A negligência foi o principal problema nos processos instaurados, seguida da exposição a modelos de comportamento desviantes, abandono escolar, Maus Tratos psicológicos e por fim Maus Tratos físicos.
(CNPJR, 2010)
- O enfermeiro, enquanto profissional de saúde no geral, e como profissional do cuidado humano em particular, assume um papel essencial na defesa dos direitos da criança.
(Ordem dos Enfermeiros, 2007)
- "Muitas vezes, é a desinformação profissional que impede que se detectem e tratem estes casos [de Maus Tratos] de forma atempada e correcta."
(Magalhães, 2005, p.20)

3

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Legislação

“As crianças têm direito à protecção do Estado e da sociedade”

(Constituição da República Portuguesa - Art. 69.º)

“Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança” (Art. 3.º, n.º 1 da CDC).

“Os Estados Parte tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual” (Art. 19.º da CDC).

(Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), aprovada pela Resolução da Assembleia da República nº 20/90, de 12 de Setembro)

4

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Legislação

Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base II – alínea c)

“São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes”

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto

Criação do Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC)

DL n.º 98/98, de 18 de Abril

Cria a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

5

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Maus - Tratos

“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma responsabilidade, confiança e (ou) poder.”

(Magalhães, 2005, p.33)

Causa sequelas físicas, cognitivas, afectivas e sociais ou mesmo a morte.

↔

Afecta o crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade.

6

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência
2. Mau Trato físico
3. Abuso Sexual
4. Mau Trato psicológico
5. Síndrome de Munchausen por Procuração

(DGS, 2008)

7

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem, a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

- Engloba actos manifestados de forma activa ou passiva (por omissão) no contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidador.
- Acção pode ser voluntária (com intenção de dano) ou involuntária (por incapacidade do prestador de cuidados).

8

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Formas de Negligência

- ❖ Intra-uterina
- ❖ Física
- ❖ Emocional
- ❖ Educacional
- ❖ Falta de supervisão/ orientação
- ❖ Social
- ❖ Mendicidade/ exploração
- ❖ Abandono



9

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sinais

- Carência de higiene (sujeira das unhas, picadas múltiplas de insectos, pediculose, cárie dentária, eritema perineal prolongado ou recorrente);
- Inexistência da rotinas (alimentação, ciclo de sono);
- Vestuário desadequado e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada;
- Doença crónica sem cuidados adequados;
- Intoxicações acidentais repetidas;
- Hematomas e/ou outras lesões inexplicadas;
- Acidentes frequentes por falta de supervisão;
- Atraso ou incumprimento do PSU e do PNV.



10


Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Sinais físicos de negligência prolongada

- Progressão ponderal deficiente;
- Cabelo fino;
- Abdómen proeminente;
- Arrefecimento persistente;
- Mãos e pés avermelhados;
- Atraso no desenvolvimento sexual.



11

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

1. Negligência

Síntomas



- Atraso no desenvolvimento psicológico e na aquisição sociais (linguagem, motricidade, socialização);
- Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agitação psicomotora, agressividade;
- Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (ex: roubar alimentos, comer obsessivamente);
- Dificuldades na aprendizagem, absentismo escolar sem justificação, pobre relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos apelativos, anti-sociais;
- Falta de acompanhamento dos menores na escola por parte dos pais.

12

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

É uma acção, não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Ex.: síndrome da criança abanada, queimaduras, fracturas, traumatismo craniano, lesões abdominais, afogamento, intoxicação provocada.



13

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Indicadores

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;
- Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação;
- Demora na procura de cuidados médicos;
- História de lesões repetidas;
- Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões).



14

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Sinais

- Lesões com diferentes estadios de evolução (equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fractura de costelas e corpos vertebrais; fractura de metáfise;
- Traumatismo craniano em criança < 1 ano de idade, com história incoerente;
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental para a faixa etária da criança (equimose da face, especialmente à volta dos olhos, zonas laterais; pavilhão auricular; boca; pescoço; genitais e nádegas; hematomas de contusão provocados próximo das extremidades);
- Lesões com diferentes localizações (não sendo localização própria de lesão accidental);




15

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Sinais

- Lesões desenhando marcas de objectos (marcas de fivela, corda, régua);
- Queimaduras múltiplas, actuais ou cicatrizadas, e com fácil identificação do objecto causador (queimadura de cigarro nas palmas das mãos, plantas dos pés, genitais e nádegas: "padrão luva e meia");
- Marcas de mordedura;
- Alopecia traumática;
- Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais).



16

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico

Marcas de queimaduras

prato quente	cigarros	Adjust table row engomar	tâmpada	faca
imersão	imersão	garfos		

Marcas de objetos

fivela de cinto	cinto	trigideira	fio enrolado	vara chicote
mata-moscas	cabide	tábua ou espátula	mãos nós dos dedos	
mordidas	pés	escova de cabelos	raquetes	

17

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

2. Mau Trato Físico


Síndrome da criança abandonada

Sinais

- Alterações de consciência;
- Letargia, irritabilidade;
- Anisocória;
- Aspecto pálido ou cianosado;
- Vômitos;
- Capacidade de sucção e deglutição diminuída;
- Diminuição do apetite;
- Dificuldade respiratória;
- Incapacidade em levantar e/ou virar a cabeça;
- Hemorragia da retina.

Sintomas

- Cegueira parcial ou total;
- Perda de audição;
- Convulsões;
- Atraso no desenvolvimento;
- Limitações cognitivas;
- Dificuldades na linguagem;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Problemas de memória e atenção;
- Atraso mental.



18


Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Quando ocorre envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte, baseando-se numa relação de poder e autoridade. Inclui toda a forma de contacto sexual directo ou indirecto.

Ex.: penetração vaginal, oral ou anal; masturbação da, ou pela, criança; exposição dos genitais à criança; exploração através de pornografia e fotografia



19

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sinais

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, inflamação, infecção);
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Infecção sexualmente transmissível;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral, laceração do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Presença de espermatozoides no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas no corpo ou na roupa da criança/jovem (ex: lubrificantes);
- Verrugas ou condilomas perineais e anais;
- Gravidez.



20

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sintomas gerais

- Dor na região vaginal ou anal;
- Prurido vulvar;
- Disúria;
- Obstipação e encoprese;
- Enurese secundária.

Sintomas nas crianças

- Condutas sexualizadas (interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais, masturbação compulsiva, desenhos ou brincadeiras sexuais específicas);
- Perturbações funcionais (anorexia, bulimia, terrores nocturnos, dores abdominais recorrentes e/ou inexplicáveis);
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- Dificuldade no relacionamento com as outras crianças;
- Comportamentos agressivos.



21

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

3. Abuso Sexual

Sintomas nos jovens

- Comportamentos aparentemente bizarros;
- Dormir vestido com a roupa de dia;
- Urinar de propósito na cama esperando que os lençóis molhados afastem o abusador;
- Destruir ou ocultar características pessoais que possam ser atractivas;
- Recusa em tomar banho ou despir nos vestiários;
- Recusa em ir à escola ou em voltar para casa;
- Perturbações do foro sexual;
- Comportamentos eróticos desadequados;
- Repulsa em relação à sexualidade;
- Depressão, auto-mutilação, ideação suicida, fuga;
- Abuso de álcool e drogas, delinquência, prostituição.



22


Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.

Ex.: abandono temporário, insultos verbais, abandono afectivo, ausência de afecto, ridicularização e desvalorização, hostilização e ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, culpabilização, humilhação, observação ou envolvimento em violência doméstica, aplicação de castigos desproporcionados.

 Tende a ser desvalorizado em ambientes familiares onde não exista carências económicas.

23

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sinais

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura;
- Auto-mutilação.

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações funcionais

- Appetite (anorexia, bulimia);
- Sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- Controle dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Fala (gaguez);
- Choro incontrolado;
- Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Interrupção da menstruação na adolescência.



24

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações cognitivas e relacionais

- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Perturbações da memória para as experiências do abuso;
- Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- Alterações da memória, concentração e atenção;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Sentimentos de vergonha e culpa;
- Medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- Perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil / adulto);
- Dificuldade em lidar com situações de conflito;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta a estímulos sociais.

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações do comportamento

- Desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- Falta de curiosidade e do natural comportamento exploratório;
- Défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- Fugas de casa ou relutância em regressar a casa;
- Comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos;
- Comportamentos obsessivos e/ou bizarros;
- Acidentes muito frequentes;
- Problemas escolares (mau rendimento, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições);
- Comportamentos desviantes (delinquência, abuso de álcool e drogas, prostituição);
- Tristeza e perturbações do sono.

26

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Classificação de Maus Tratos

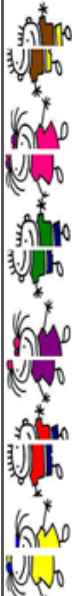

4. Mau Trato Psicológico

Sintomas (dependem do grupo etário)

Alterações do foro psiquiátrico

- Agitação, hiperactividade;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Mudanças de comportamento e de humor;
- Comportamento obsessivo-compulsivo, auto-mutilação, tentativa de suicídio;
- Neuroses graves (fobias, manias);
- Alterações da personalidade, psicoses;
- Regressão do comportamento;
- Falta de integração entre o pensamento e a linguagem.

27

Classificação de Maus Tratos

5. Síndrome de Munchausen por Procuração

Ocorre quando um familiar atribui à criança sinais e sintomas vários com o intuito de convencer a equipa médica da existência de uma doença, levando à hospitalização ou recurso a técnicas evasivas.


- Forma rara de maus tratos
- Difícil diagnóstico

Ex.: administração de droga/medicamento para provocar sintomatologia; semi-sufocar; contaminar amostras de urina.

28




Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro



Dinâmica dos Maus Tratos

Os Maus Tratos resultam da conjugação de diferentes factores (de risco, protecção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação. Só dessa forma se tornará viável a prossecução dos objectivos da intervenção em saúde.

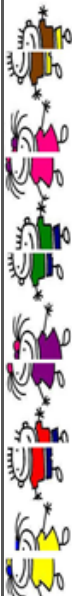


RISCO


É um perigo potencial para o cumprimento dos direitos da criança, relativamente à segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

Quando os factores de risco não são controlados podem surgir situações de perigo.

29



Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro



Dinâmica dos Maus Tratos

PERIGO

As situações de perigo estão mencionadas no nº 2 do art. 3º da Lei 147/99:

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade ou situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

30

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

Consoante a situação seja considerada de risco ou de perigo, assim é determinada a responsabilidade e legitimidade da intervenção.

Perante uma situação de risco deve-se intervir através de políticas e acções integradas de forma a combater as condicionantes vulneráveis, evitando o surgimento de perigo.

Ex.: condições familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, económicas e culturais.



31

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

FACTORES DE PROTECÇÃO

São variáveis (físicas, psicológicas ou sociais) que beneficiam o desenvolvimento individual e social, podendo moderar os factores de risco.

Ex.: rede familiar e social de apoio, vinculação segura, boas competências parentais, bom nível de desenvolvimento da criança, temperamento fácil, grupo de pares pró-social,...

FACTORES DE RISCO

São variáveis (físicas, psicológicas ou sociais) que podem potenciar a ocorrência de maus tratos. Estes factores não podem ser considerados causa directa de maus tratos.

Ex: Temperamento difícil, filho não desejado, problema de comportamento, doença crónica ou alteração do desenvolvimento, défice de competências parentais, história de comportamentos violentos, ausência de suporte social e familiar,...

32

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Dinâmica dos Maus Tratos

FACTORES DE AGRAVAMENTO/ CRISES DE VIDA

São eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre factores de risco e protecção e podem precipitar a ocorrência de Maus Tratos.

Ex: ruptura e reconstituições familiares, desemprego, migração, alteração da situação económica, doença súbita grave, início de cuidados a pessoa dependente.

33

Mais Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Intervenção

OBJECTIVOS

- Proteger a criança e o jovem;
- Intervir no risco para prevenir evolução para o perigo;
- Evitar a recorrência.

34

Mais Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Níveis de Intervenção

Tribunais

CPCJ

Entidades com competência em matéria de infância e juventude (Associações, Educação, IPSS, SS, Entidades Policiais, Serviços de Saúde, entre outros)

Princípio da Subsidiariedade


35

Mais Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Responsabilidades dos Serviços de Saúde

Responsabilidade particular

- Detecção precoce de contextos
- Factores de risco
- Sinais de alarme
- Acompanhamento
- Sinalização



Barreiras

- Desconforto
- Défice de informação e preparação técnica
- Ausência de protocolos formais e apoio institucional
- Assunção de outras prioridades
- Desconhecimento das redes de apoio
- Falta de confiança nas instituições

36

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Responsabilidades do Enfermeiro

"As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro."

(Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78.º, n.º 1)

Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros

- a) A protecção da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e todas as situações.
- b) Em todas as situações deve garantir-se a satisfação das suas necessidades humanas básicas, o que não acontecendo constitui também uma forma de violência infantil.
- c) **O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso** (artigo 81.º, alínea b) **e encaminhar para outro profissional** (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência (artigo 83.º, alínea b), atendendo ao contexto concreto.

(Código Deontológico do Enfermeiro)

37

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Princípios de Intervenção

- **Serenidade, ponderação e responsabilidade**
- **Art. 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro**
 - Interesse superior da criança
 - Privacidade
 - Intervenção o mais precoce possível
 - Intervenção mínima
 - Intervenção proporcional e actual
 - Exercício da responsabilidade parental
 - Obrigatoriedade da informação
 - Participação nos actos e audição obrigatória
 - Subsidiariedade na intervenção
- **Consentimento livre e esclarecido**
 - Pais ou representante legal
 - Criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos

38

Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

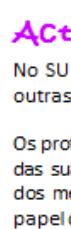
Intervenção nos Hospitais


Sempre que, a nível hospitalar, se identifiquem riscos acrescidos, haja suspeita ou confirmação de uma situação de maus tratos, quer através de referenciação de outras entidades, quer mediante diagnóstico efectuado na própria instituição, é mandatório desencadear um conjunto de procedimentos, que visem assegurar a protecção da criança ou do jovem (DGS, 2008).

As circunstâncias em que o hospital intervém, neste domínio, são de dois tipos:

- Actuação a nível do **Serviço de Urgência**
- Actuação a nível de **Consulta Externa e Unidades de Internamento**

39





Actuação no Serviço de Urgência


No SU os casos podem ser aí detectados primariamente ou referenciados por outras entidades de 1.º nível ou superior.

Os profissionais/equipas que contactam com os casos devem, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NHACJR (durante o horário de funcionamento) um papel de consultadoria (DGS, 2008)

Intervenção

Se a criança/jovem apresenta lesões físicas cuja gravidade justifique vigilância e/ou tratamento hospitalar, deverá ser internada.

Se a criança/jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, há que proceder à avaliação do perigo.



Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

ESEL
Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem

Procedimento de Urgência

Existência de dois requisitos:

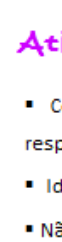
- ➡ Perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou jovem;
- ➡ Oposição por parte de quem exerça o poder paternal.

Entidades com competência na área da infância e juventude (ex.: Hospital) e CPCJ têm legitimidade para agir.

(Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, Art. 91.º)

41


[illegible]




Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

Atitude do enfermeiro no SUP

- Colher o maior número de dados que identifiquem a criança e os seus responsáveis (morada, telefone, escola,...).
- Identificar quem acompanha a criança (nome, morada, telefone, trabalho,...).
- Não fazer juízos de valor ou tentar confirmar a suspeita. Ouvir os possíveis agressores com uma atitude neutra.
- Registar exaustivamente todos os dados colhidos sem elaborar juízos de valor.
- Comunicar de imediato a situação a um pediatra.
- Se houver necessidade de tratamentos imediatos chamar o pediatra antes de iniciar cuidados (atenção à manutenção das provas).





Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro

ESEL


Enfermagem de Saúde Escolar e de Saúde da Família

Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)


- ✓ Prestar consultadoria a os profissionais/ equipas que lidam directamente com as situações.
- ✓ Dinamizar o funcionamento das redes
 - Internas;
 - Externas (articulação com os parceiros da comunidade).
- ✓ Apoiar os profissionais no acompanhamento das situações.
- ✓ Avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção.

44

[illegible]




Maus Tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro




Conclusão

- Os Maus Tratos são considerados um problema de saúde pública que se reveste de particular gravidade nos grupos populacionais mais vulneráveis.
- Constituem um desafio particular para os profissionais de saúde, quer ao nível dos cuidados de saúde primários quer ao nível dos cuidados diferenciados.
- Conhecer os factores de risco e de protecção, estar desperto para identificar sinais e sintomas, assim como estabelecer um plano de intervenção, articulando com outros recursos, são elementos essenciais para prestarmos cuidados de enfermagem de qualidade e para garantirmos os direitos das crianças.

46



Bibliografia



- Assembleia da República (2005). Constituição da República Portuguesa, 7.ª Rev. Lisboa: Assembleia da República.
- Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (2010). Relatório anual de avaliação da actividade das Comissões de Protecção e Crianças e Jovens - 2009. Disponível em www.cnpccjr.pt.
- Decreto-Lei n.º 147/99. Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (01-09-1999).
- Decreto-Lei n.º 98/98 de 18 de Abril.
- Diário da República, 1.ª série — N.º 195 — 24 de Agosto de 1990. Lei n.º 48/90 — Lei de Bases da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Crianças e Jovens em Risco. Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). Maus Tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Documento Técnico. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). Maus tratos em Crianças e Jovens — Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Magalhães, T. (2005). Maus tratos em crianças e jovens: guia prático para profissionais (4ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Enunciado de Posição sobre Protecção de Crianças. Disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>.
- Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro. Convenção sobre os Direitos da Criança.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto
- UNICEF (2003). A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocent Report, 5.

47

Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da acção de formação)

Designação do Curso: Maus tratos em crianças e jovens: a intervenção do enfermeiro	Data: 18 e 19 Fevereiro 2013
Nome do formando (facultativo): Total de formandos = 25	
Local formação: Serviço de Urgência Pediátrica	

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à acção de formação que frequentou.
Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinale no respectivo ☐ na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário				12%	88%
No seu desenvolvimento pessoal				20%	80%
Na excelência da sua equipa				8%	92%

2 – Como avalia a acção de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração				24%	76%
2.2 Importância do tema					100%
2.3 Método de aprendizagem				28%	72%
2.4 Competência do formador				8%	92%
2.5 Apreciação Global				16%	84%

Pontos fortes desta acção de formação

Pertinência do tema, esclarecimento de dúvidas, uniformização da intervenção

Pontos fracos desta acção de formação

Nada a descrever

Ações de formação em que gostaria de participar

Nada a descrever

Apêndice XIV – Instrumentos da Sessão de Formação “Protecção de Menores, Adultos Vulneráveis e de Alto Risco”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

Datas/Hora: Out/Nov 2012

População-alvo: Enfermeiros

Duração: 2h

Prelectores: Susana Rodrigues, Fernando Sousa

Local: Auditório

Objectivo Geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a intervenção perante situações de violência contra menores, adultos vulneráveis e de alto risco.

Objectivos Específicos:

Que no final da sessão os formandos sejam capazes de:

- Identificar os grupos vulneráveis e de alto risco;
- Reconhecer os diferentes tipos de mau tratos, os seus indicadores, sinais e sintomas;
- Detectar casos e recidivas de maus tratos e violência;
- Notificar as situações de acordo com a legislação e as normas do Hospital;
- Conhecer a articulação entre outros serviços de saúde e instituições da comunidade;
- Prestar cuidados de enfermagem adequados às vítimas de agressão, abuso/violação, negligência e violência doméstica;
- Contribuir para a Cadeia de Custódia;
- Lidar com as vítimas e familiares;
- Respeitar os direitos dos clientes e os deveres profissionais.

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Objectivos gerais e específicos 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação inicial: - Observação da participação da equipa	10 minutos
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de grupos vulneráveis • Definição de maus tratos • Classificação de maus tratos: <ul style="list-style-type: none"> - Negligência - Mau trato físico - Abuso sexual - Mau trato psicológico - Síndrome de Munchausen por Procuração • Intervenção: <ul style="list-style-type: none"> - Objectivos da intervenção - Níveis de intervenção - Princípios de intervenção • Responsabilidades dos serviços 	Expositivo	Data-show Computador	Avaliação formativa: - Observação da participação da equipa	80 minutos

Conteúdos Programáticos	Método Pedagógico	Material de Apoio e Suporte	Avaliação	Tempo
<p>de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidades do enfermeiro • Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco • Conceito de risco e perigo • Orientações para entrevista • Cuidados de enfermagem a vítimas de agressão e de crimes sexuais • Fotografia forense • Direitos e deveres dos doentes • Deveres deontológicos do enfermeiro 				
<p>Síntese final</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conclusão • Bibliografia • Esclarecimento de dúvidas • Ficha de avaliação • Avaliação da sessão 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	<p>Computador</p> <p>Data-show</p> <p>Questionário de avaliação da sessão</p>	<p>Avaliação sumativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observação da participação da equipa - Ficha de avaliação - Questionário de avaliação da sessão 	<p>30 minutos</p>

Folha de Sumário

Designação do Curso: Formação Inicial para enfermeiros Data ____ / ____ / ____

Horário do curso (____ às ____) Local _____

SUMÁRIO

MÓDULO DE FORMAÇÃO:

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

CONTEÚDOS:

- Identificação dos grupos vulneráveis e de alto risco;
- Definição dos diferentes tipos de mau tratos, os seus indicadores, sinais e sintomas;
- Detecção de casos e recidivas de maus tratos e violência;
- Notificação das situações de acordo com a legislação e as normas do Hospital;
- Conhecimento da articulação entre outros serviços de saúde e outras instituições;
- Prestação de cuidados de enfermagem adequados às vítimas de agressão, abuso/violação, negligência e violência doméstica;
- Contributos para a Cadeia de Custódia;
- Como lidar com as vítimas e familiares;
- Direitos dos clientes e deveres profissionais;
- Aspectos éticos e do segredo profissional.

Formadores

Nome
Susana Rodrigues
Fernando Sousa

DIAPOSITIVOS APRESENTADOS NA 1ª PARTE DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

Fernando Sousa
Susana Rodrigues

Outubro/Novembro de 2012

Objectivos

- Identificar os grupos vulneráveis e de alto risco;
- Reconhecer os diferentes tipos de mau-tratos, os seus indicadores, sinais e sintomas;
- Detectar casos e recidivas de maus-tratos e violência;
- Notificar as situações de acordo com a legislação e as normas do HBA;
- Conhecer a articulação entre outros serviços de saúde e outras instituições;
- Prestar cuidados de enfermagem adequados às vítimas de agressão, abuso/violação, negligência e violência doméstica;
- Contribuir para a Cadeia de Custódia;
- Lidar com as vítimas e familiares;
- Respeitar os direitos dos clientes e os deveres profissionais.

Grupos Vulneráveis

- "...o conjunto de pessoas que por condições sociais, étnicas, culturais, políticas, educacionais, entre outras, vêem estabelecidas diferenças face à maioria dos membros da sociedade envolvente, diferenças essas comumente designadas de desigualdade."
- "As desigualdades tornam estes grupos vulneráveis e conduzem-nos a uma redução ou perda das liberdades individuais."

(Rede Social Loures, 2010)

Grupos Vulneráveis

- | crianças e jovens em situação de risco;
- | imigrantes;
- | idosos;
- | pessoas portadoras de doença física e/ou mental;
- | pessoas sem-abrigo.

(Rede Social Loures, 2010)

Maus-Tratos

- “Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma responsabilidade, confiança e (ou) poder.”
Magalhães (2004)
- Causa sequelas físicas, cognitivas, afectivas e sociais ou mesmo a morte.
- Afecta o crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade.

Classificação de maus tratos

- | Negligência
- | Mau trato físico
- | Abuso Sexual
- | Mau trato psicológico
- | Síndrome de Munchausen por Procuração

Negligência

Classificação
de maus tratos

- É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem, a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.
- Engloba actos manifestados de forma activa ou passiva (por omissão) no contexto dos recursos disponíveis pela família ou cuidador.
- Acção pode ser voluntária (com intenção de dano) ou involuntária (por incapacidade do prestador de cuidados).
- Formas de negligência: intra-uterina; física; emocional; educacional; falta de supervisão/orientação; social; mendicidade/exploração; abandono.

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

7

Negligência

Classificação
de maus tratos

Sinais

- ! Carência de higiene (sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos, pediculose, cárie dentária, eritema perineal prolongado ou recorrente);
- ! Inexistência da rotinas (alimentação, ciclo de sono);
- ! Vestuário desadequado e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas;
- ! Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada;
- ! Doença crónica sem cuidados adequados;
- ! Intoxicações acidentais repetidas;
- ! Hematomas e/ou outras lesões inexplicadas;
- ! Acidentes frequentes por falta de supervisão;
- ! Atraso ou incumprimento do PSIJ e do PNV.

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

8

Negligência

Classificação
de maus tratos

Sinais físicos de negligência prolongada

- Progressão ponderal deficiente;
- Cabelo fino;
- Abdómen proeminente;
- Arrefecimento persistente;
- Mãos e pés avermelhados;
- Atraso no desenvolvimento sexual

Sintomas

- Atraso no desenvolvimento psicológico e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização);
- Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agitação psicomotora, agressividade;
- Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (ex: roubar alimentos, comer obsessivamente);
- Dificuldades na aprendizagem, absentismo escolar sem justificação, pobre relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos apelativos, anti-sociais;
- Falta de acompanhamento dos menores na escola por parte dos pais.

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

9

Mau trato físico

Classificação
de maus tratos

- É uma acção, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.
- Ex.: síndrome da criança abanada, queimaduras, fracturas, traumatismo craniano, lesões abdominais, afogamento, intoxicação provocada.

Indicadores

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;
- Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação;
- Demora na procura de cuidados médicos;
- História de lesões repetidas;
- Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões).

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

10

Mau trato físico

Classificação
de maus tratos

Sinais



- Lesões com diferentes estadios de evolução (equimoses e hematomas com diferentes colorações);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura);
- Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise;
- Traumatismo craniano em criança < 1 ano de idade, com história incoerente;
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental para a faixa etária da criança (equimose da face, especialmente à volta dos olhos, zonas laterais; pavilhão auricular; boca; pescoço; genitais e nádegas; hematomas de contusão provocados próximo das extremidades);
- Lesões com diferentes localizações (não sendo localização própria de lesão acidental);

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

11

Mau trato físico

Classificação
de maus tratos



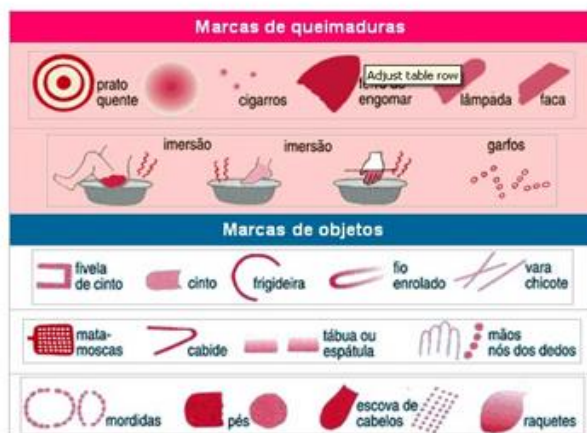
- Lesões desenhando marcas de objectos (marcas de fivela, corda, régua);
- Queimaduras múltiplas, actuais ou cicatrizadas, e com fácil identificação do objecto causador (queimadura de cigarro nas palmas das mãos, plantas dos pés, genitais e nádegas; "padrão luva e meia");
- Marcas de mordedura;
- Alopecia traumática;
- Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais).

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

12

Mau trato físico

Classificação
de maus tratos



Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

13

Mau trato físico

Classificação
de maus tratos

Síndrome da criança abanada

Sinais

- Alterações de consciência;
- Letargia, irritabilidade;
- Anisocória;
- Aspecto pálido ou cianosado;
- Vômitos;
- Capacidade de sucção e deglutição diminuída;
- Diminuição do apetite;
- Dificuldade respiratória;
- Incapacidade em levantar e/ou virar a cabeça;
- Hemorragia da retina.



Sintomas

- Cegueira parcial ou total;
- Perda de audição;
- Convulsões;
- Atraso no desenvolvimento;
- Limitações cognitivas;
- Dificuldades na linguagem;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Problemas de memória e atenção;
- Atraso mental.

Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

14

Abuso sexual

Classificação
de maus tratos

- Quando ocorre envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte, baseando-se numa relação de poder e autoridade. Inclui toda a forma de contacto sexual directo ou indirecto.
- Ex.: penetração vaginal, oral ou anal; masturbação da, ou pela, criança; exposição dos genitais à criança; exploração através de pornografia e fotografia.

Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

15

Abuso sexual

Classificação
de maus tratos



Sinais

- Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, inflamação, infecção);
- Leucorreia vaginal persistente ou recorrente;
- Laceração do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Infecção sexualmente transmissível;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral, laceração do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Presença de esperma no corpo ou na roupa da criança/jovem;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas no corpo ou na roupa da criança/jovem (ex: lubrificantes);
- Verrugas ou condilomas perineais e anais;
- Gravidez.

Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

16

Abuso sexual

Classificação
de maus tratos

Sintomas gerais

- Dor na região vaginal ou anal;
- Prurido vulvar;
- Disúria;
- Obstipação e encoprese;
- Enurese secundária.



Sintomas nas crianças

- Condutas sexualizadas (interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais, masturbação compulsiva, desenhos ou brincadeiras sexuais específicas);
- Perturbações funcionais (anorexia, bulimia, terrores nocturnos, dores abdominais recorrentes e/ou inexplicáveis);
- Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar;
- Dificuldade no relacionamento com as outras crianças;
- Comportamentos agressivos.

Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

17

Abuso sexual

Classificação
de maus tratos

Sintomas nos jovens

- Comportamentos aparentemente bizarros;
- Dormir vestido com a roupa de dia;
- Urinar de propósito na cama esperando que os lençóis molhados afastem o abusador;
- Destruir ou ocultar características pessoais que possam ser atractivas;
- Recusa em tomar banho ou despir nos vestiários;
- Recusa em ir à escola ou em voltar para casa;
- Perturbações do foro sexual;
- Comportamentos eróticos desadequados;
- Repulsa em relação à sexualidade;
- Depressão, auto-mutilação, ideação suicida, fuga;
- Abuso de álcool e drogas, delinquência, prostituição.



Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

18

Mau trato psicológico

Classificação
de maus tratos

- É a incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados.
- Tende a ser desvalorizado em ambientes familiares onde não exista carências económicas.
- Ex.: abandono temporário, insultos verbais, abandono afectivo, ausência de afecto, ridicularização e desvalorização, hostilização e ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, culpabilização, humilhação, observação ou envolvimento em violência doméstica, aplicação de castigos desproporcionados.

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

19

Mau trato psicológico

Classificação
de maus tratos

Sinais

- Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura;
- Auto-mutilação.

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações funcionais

- Apetite (anorexia, bulimia);
- Sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal);
- Controle dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Fala (gaguez);
- Choro incontrolado;
- Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Interrupção da menstruação na adolescência.



Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

20

Mau trato psicológico

Classificação
de maus tratos

Perturbações cognitivas e relacionais

- ! Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- ! Perturbações da memória para as experiências do abuso;
- ! Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade;
- ! Alterações da memória, concentração e atenção;
- ! Dificuldades de aprendizagem;
- ! Sentimentos de vergonha e culpa;
- ! Medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos;
- ! Perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil / adulto);
- ! Dificuldade em lidar com situações de conflito;
- ! Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- ! Relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta a estímulos sociais.

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

21

Mau trato psicológico

Classificação
de maus tratos

Perturbações do comportamento

- Desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto);
- Falta de curiosidade e do natural comportamento exploratório;
- Défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se;
- Fugas de casa ou relutância em regressar a casa;
- Comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos;
- Comportamentos obsessivos e/ou bizarros;
- Acidentes muito frequentes;
- Problemas escolares (mau rendimento, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições);
- Comportamentos desviantes (delinquência, abuso de álcool e drogas, prostituição);
- Tristeza e perturbações do sono;
- Mudanças súbitas de comportamento e humor.

Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

22

Mau trato psicológico

Classificação
de maus tratos

Alterações do foro psiquiátrico

- Agitação, hiperactividade;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Mudanças de comportamento e de humor;
- Comportamento obsessivo-compulsivo, auto-mutilação, tentativa de suicídio;
- Neuroses graves (fobias, manias);
- Alterações da personalidade, psicoses;
- Regressão do comportamento;
- Falta de integração entre o pensamento e a linguagem.



Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

23

Síndrome de munchausen por procuração

Classificação
de maus tratos

- Ocorre quando um familiar atribui à criança sinais e sintomas vários com o intuito de convencer a equipa médica da existência de uma doença, levando à hospitalização ou recurso a técnicas evasivas.
- Forma rara de maus tratos
- Difícil diagnóstico
- Ex.: administração de droga/medicamento para provocar sintomatologia; semi-sufocar; contaminar amostras de urina.



Proteção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

24

Níveis de Intervenção



Princípio da Subsidiariedade

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

25

Princípios de intervenção

- Serenidade, ponderação e responsabilidade
- Art. 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro
 - Interesse superior da criança
 - Privacidade
 - Intervenção o mais precoce possível
 - Intervenção mínima
 - Intervenção proporcional e actual
 - Exercício da responsabilidade parental
 - Obrigatoriedade da informação
 - Participação nos actos e audição obrigatória
 - Subsidiariedade na intervenção
- Consentimento livre e esclarecido
 - Pais ou representante legal
 - Criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

26

Responsabilidades dos Serviços de Saúde

Responsabilidade particular

Detecção precoce de contextos
Factores de risco
Sinais de alarme
Acompanhamento
Sinalização



Barreiras

Desconforto
Défice de informação e preparação técnica
Ausência de protocolos formais e apoio institucional
Assunção de outras prioridades
Desconhecimento das redes de apoio
Falta de confiança nas instituições

Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco

27

Responsabilidade do Enfermeiro

"As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro."

(Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78.º, n.º 1.)

Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros

O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso (artigo 81.º, alínea b) e encaminhar para outro profissional (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência (artigo 83.º, alínea b), atendendo ao contexto concreto.

(Código Deontológico do Enfermeiro)

Intervenção nos Hospitais

- Actuação a nível da Consulta Externa e Unidades de Internamento
- Actuação a nível do Serviço de Urgência
 - Casos aí detectados
 - Referenciados por outras entidades de 1º nível ou superior
- Referenciação de todos os casos ao NHACJR
 - Contactos com a rede externa



Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)

- Prestar consultadoria aos profissionais/ equipas que lidam directamente com as situações.
- Dinamizar o funcionamento das redes:
 - Internas;
 - Externas (articulação com os parceiros da comunidade).
- Apoiar os profissionais no acompanhamento das situações.
- Avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção.

Procedimento de urgência

Situação de urgência:

Situação de perigo, actual ou eminente, para a vida ou integridade física da criança/jovem.

(Lei n.º 147/99, art. 5º, alínea c)

Existência de dois requisitos:

- Perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou jovem;
- Oposição por parte de quem exerça o poder paternal.

Entidades com competência na área da infância e juventude (ex.: Hospital) e CPCJ têm legitimidade para agir.

(Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, Art. 91.º)

Risco *versus* Perigo

Risco

Perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

Perigo

As situações de perigo para a criança ou o jovem encontram-se tipificadas no n.º 2 do art. 3.º da Lei 147/99:

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;

Risco *versus* Perigo

- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e dos Tribunais

Medidas de promoção dos direitos e de protecção (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro)

Finalidade (Art. 34.º):

- Afastar o perigo
- Proporcionar às crianças/ jovens as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral
- Garantir a recuperação física e psicológica

Medidas de Promoção/ Protecção (Art. 35.º):

- Apoio junto dos pais
- Apoio junto de outro familiar
- Confiança a pessoa idónea
- Apoio para autonomia de vida
- Acolhimento familiar
- Acolhimento em instituição
- Confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção (Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto)

Recolha de informação

Observação



- Crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;
- Estado físico (pele, cabelo, unhas, roupa,...)
- Estado emocional da criança/jovem;
- Estado emocional dos pais (relação pais/filho);
- Contexto social.

Orientações para entrevista

Atitude perante a criança/jovem

- Tentar que a entrevista seja realizada pelo profissional de saúde com quem a criança tenha mais vínculo ou contacto;
- Escutar o testemunho da criança/jovem;
- Entender os pontos essenciais da situação;
- Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente;
- Evitar fazer perguntas directas que possam soar bruscas ou agressivas;
- Não fazer perguntas desnecessárias;
- Apaziguar as tensões que possam surgir durante a entrevista;
- Transmitir confiança, orientar e proteger;
- Utilizar uma linguagem simples, com uma abordagem apropriada à fase de desenvolvimento da criança/jovem;
- Mostrar disponibilidade para o diálogo com a criança/jovem;
- Respeitar as pausas no discurso da criança/jovem e os silêncios, mantendo uma escuta activa constante.

Orientações para entrevista

O que pode/deve dizer-se à criança/jovem

- Que se dá credibilidade e valor ao seu testemunho;
- Que não é culpada da situação;
- Que é muito importante ter falado;
- Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros;
- Que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado;
- Que vai procurar ajuda para ela e para a sua família;
- Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas;
- Que pode fazer perguntas;
- Que não vai ser enganada nem manipulada, nem serão quebradas promessas feitas;
- Que tem tempo para a ouvir e que pode procurá-lo sempre que precisar;
- Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos.

Orientações para entrevista

Atitude perante os pais/cuidadores

- Assegurar um tratamento digno a todos os intervenientes, mesmo nos casos mais complexos;
- Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade;
- Não emitir juízos de valor, culpabilizar ou envergonhar os intervenientes;
- Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências sem criar uma relação de dependência;
- Promover, no decurso da intervenção, as capacidades e competências da família;
- Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção;
- Não negociar as formas de intervenção se não estiverem garantidas as condições de segurança para o profissional ou para a criança/jovem e/ou se a família não colaborar;
- Transmitir-lhes que “estamos todos no mesmo barco” e que, como eles, o nosso interesse é cuidar e proteger as crianças e que vamos ajudá-los nessa tarefa.



Intervalo - 15 minutos

FICHA DE AVALIAÇÃO

Curso: **Formação Inicial - Enfermeiros**

Módulo: **Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco**

Data: _____

Formando: _____

Formador: _____

Avaliação: _____

Caro formando:

A presente Ficha de Avaliação tem por finalidade avaliar os conhecimentos relacionados com os conteúdos do módulo: “Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco”.

Por favor coloque o seu nome e a data na linha acima e responda às questões abaixo.

A equipa pedagógica agradece a sua colaboração e deseja-lhe

Boa sorte!

1 - Defina sucintamente o que são grupos Vulneráveis?

R: _____

2 - Diga 3 grupos que possam ser considerados de vulneráveis.

R: _____

3 - Enumere os diferentes tipos de maus-tratos.

R: _____

4 - Para cada um dos diferentes tipos de maus-tratos enumere 3 sinais/sintomas.

R: _____

5 - Distinga o conceito de “risco” do conceito de “perigo”

R: _____

6 - A observação é uma etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus-tratos. Enumere os parâmetros que a mesma deve incluir.

R: _____

7 - Perante um depoimento de uma situação de maus-tratos, enquanto enfermeiro e profissional de saúde que atitudes deverá adoptar para com a criança e a família?

R: _____

8 - Enumere 3 direitos dos clientes.

R: _____

9 - Enumere 2 deveres dos clientes.

R: _____

10 - Refira 3 eventos que requerem a preservação de provas médico-legais.

R: _____

11 - Perante lesões por arma branca pode-se suspeitar de lesões provocadas pelo próprio ou por outrem. Faça corresponder as afirmações com o possível interveniente.

- Lesões nos pulsos, região cardíaca e pescoço. •
- Um ou vários tipos de lesões, em que a lâmina é cravada numa direcção e retirada noutra •
- Várias lesões, “golpes de tentativa ou ensaio” •
- Uma ou várias regiões do corpo atingidas, ferimentos de defesa. •
- Lesões simétricas, posicionamento paralelo •

Outrem

O próprio

12 - Perante lesões por arma de fogo pode-se suspeitar de lesões provocadas pelo próprio ou por outrem. Faça corresponder as afirmações com o possível interveniente.

- Ausência de vestígios de pólvora nas mãos da vítima •
- Orifício de entrada com bordos irregulares ou estrelados, •
- Disparo de contacto ou muita curta distância (inferior a 15 centímetros) •
- Orifícios de entrada com qualquer configuração •
- Mão ou mãos impregnadas de pólvora •

Outrem

O próprio

13 - Perante eventos que exigem a preservação de provas criminais, tais como ferimentos por arma branca e de fogo e enforcamento o enfermeiro deve:

Assinale verdadeiro (V) ou falso (F)

- Providenciar para que a roupa seja colocada em sacos de papel, mesmo que tenham sido cortadas;
- Cortar a roupa junto ao local onde foi provocada a lesão;
- Registrar logo na admissão da vítima no SU, o número, localização exata e a configuração das lesões (orifício de entrada e saída);
- Não manusear o projectil com pinças de garras para não alterar as estrias existentes
- Manipular o menos possível a área corporal e a roupa onde foi exercida a lesão desde que não prejudique a assistência à vítima;
- Após ser diagnosticada a morte, não deverá proceder-se a nenhum tratamento sobre as lesões, nem manipular a roupa;
- Proteger as mãos da vítima em sacos de papel, a fim de preservar vestígios;

14 - No caso de suspeitas de violação o enfermeiro deve dizer à vítima para:

Assinale verdadeiro (V) ou falso (F)

- Não comer, beber ou fumar;
- Lavar as mãos, a boca e os dentes;
- Não mudar de roupa e, se já tiver mudado, preservar a que usava à data da ocorrência, se possível seca e em sacos de papel;

15 - Segundo o código da estrada existem situações que se têm de efetuar colheitas de sangue no hospital para pesquisa de alcoolémia e de psicotrópicos. Nessas situações o enfermeiro deve:

Assinale verdadeiro (V) ou falso (F)

- Usar como desinfetante cutâneo o álcool, pois este não influencia significativamente o resultado;
- Armazenar a amostra colhida a 4ºC

Questionário de Avaliação Final de Formação

(a preencher pelo formando no final da acção de formação)

Designação do Curso: Protecção de menores, adultos vulneráveis e de alto risco	Data: Out/Nov 2012
Nome do formando (facultativo) Total de formandos: 224	
Local formação: Hospital	

O objectivo deste questionário é conhecer a sua opinião relativamente à acção de formação que frequentou. Obrigado pela sua colaboração.

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por Favor assinale no respectivo ☐ na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

1 – Qual a importância que atribui a esta acção como contributo...

	1	2	3	4	5
No seu trabalho diário			49,1%	37,5%	13,4%
No seu desenvolvimento pessoal			4,5%	59,8%	35,7%
Na excelência da sua equipa			11,2%	67,0%	21,8%

2 – Como avalia a acção de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração			13,5%	66,5%	20,0%
2.2 Importância do tema				11,3%	88,8%
2.3 Método de aprendizagem			14,3%	62,9%	22,8%
2.4 Competência do formador				67,4%	32,6%
2.5 Apreciação Global				84,4%	15,6%

Pontos fortes desta acção de formação

Pertinência do tema, formação concisa e clara

Pontos fracos desta acção de formação

Faltou abordar os maus tratos a idosos, grávidas e pessoas com deficiência

Acções de formação em que gostaria de participar

Maus tratos a idosos

**Apêndice XV – Programa do “11º Congresso Nacional de Medicina
Legal e Ciências Forenses”**

09
NOVEMBRO
sexta-feira

08h00 Abertura do secretariado e entrega da documentação
09h00 Afixação de posters

09h00 - 13h00 Cursos pré-congresso

Sala Diana

1- AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: ASPETOS PRÁTICOS
Prelatores: Fernando Vieira; Olíndina Graça; Jorge Costa Santos
(limitado a um máximo de 30 auditores)

Sala Giraldo

2- A INVESTIGAÇÃO DA CENA DO CRIME E O EXAME DO CADAVER NO LOCAL
Prelatores: Frederico Galvão da Silva; Agostinho Santos
(limitado a um máximo de 50 auditores)

13h00 - 14h30 Almoço de trabalho (Évora Hotel)

Salas Diana e Giraldo

14h30 - 18h00 Comunicações Livres

Sala Fórum

Congresso

14h30 - 16h00 Sessão científica: Gestão de vestígios biológicos - Da seleção e recolha ao resultado final. Perspetivas da PJ, da GNR e do INMLCF, I.P.
Moderador: Francisco Corte Real
Prelatores: Fernando Viegas; Frederico Galvão da Silva; Cristina Cordeiro

16h30 - 17h00 Pausa para café

17h00 - 18h00 Sessão científica: Fotografia na prática pericial forense
Moderadora: M. Cristina de Mendonça
Prelatores: Ana Teresa Corte Real e Amado Marques

18h00 - 19h00 Sessão Solene do Congresso
Conferência: Medicina Legal e Ciências Forenses - que futuro? A propósito da nova lei orgânica do INMLCF, I.P., por Duarte Nuno Vieira
Intervenção de S. Exa a Ministra da Justiça, Paula Teixeira da Cruz (presença a confirmar)

20h30 - 24h00 Jantar convívio (Évora Hotel)

10
NOVEMBRO
sábado

Sala Fórum

09h00 - 10h00 Congresso

Sessão científica dos médicos internos: Ética e peritagem médico-legal
Moderador: José Rui Ferreira

Prelatores: Cátia Viana; Nair Rosas Pinto; João Nóbrega

10h00 - 10h30 Conferência: Como lidar com as famílias enlutadas?
Prelator: Victor Sebastião

10h30 - 11h00 Pausa para café

11h00 - 12h30 Sessão científica: Mortes relacionadas com o consumo de drogas - Perspetivas epidemiológica, clínica, toxicológica e médico-legal
Moderador: Jorge Costa Santos

Prelatores: Isabelle Giraudon; Graça Vilar; Mário João Dias; Rui Oliveira

12h30 - 13h00 Sessão científica: Gabinetes médico-legais - o que mudou?
Moderador: Ferreira dos Santos
Prelator: Ana Sofia Coelho

13h00 - 14h30 Almoço de trabalho (Évora Hotel)

Sessão de Conferências

Moderador: Carlos Farinha

14h30 - 15h00 Conferência: Interpretação pericial de manchas de sangue
Prelator: Lino Henriques

15h00 - 15h30 Conferência: Recuperação de restos cadavéricos
Prelatora: Katerina Puentes

15h30 - 16h00 Pausa para café

16h00 - 17h30 Sessão Científica: Vítimas de violência - que respostas institucionais?

Moderadora: Teresa Magalhães

Prelatores: Rui do Carmo; Alexandre Varela; Daniel Cotrim; Tiago Costa

DATA LIMITE PARA AS INSCRIÇÕES: 3/11/2012

COMUNICAÇÕES

Temas

Podem ser submetidas comunicações, sob a forma oral ou escrita, no âmbito de todos os temas relacionados com as diferentes áreas da Medicina Legal e Ciências Forenses.

Envio de resumos

Os resumos das comunicações, orais e/ou posters, devem ser submetidos no website do congresso até 31/10/2012
DIMENSÕES MÁXIMAS DOS POSTERS: 120x90cm

ALOJAMENTO

Pode reservar-se diretamente, com a indicação expressa da reserva se destinar ao Congresso, no Évora Hotel

Duplo - 56 Euros/noite

Single - 51 Euros/noite

As tarifas incluem pequeno-almoço buffet

